

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamiskorkeakoulu

SUUN TERVEYDENHUOLLON KILPAILUOLOSUHTEET

Case Helsinki ja Espoo

Julkinen talousjohtaminen
Pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2016
Ohjaajat: Jarmo Vakkuri & Harri Laihonen

Elisa Siipola

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu; julkinen talousjohtaminen
Tekijä:	SIIPOLA, ELISA
Tutkielman nimi:	Suun terveydenhuollon kilpailuolosuhteet Case Helsinki ja Espoo
Pro gradu -tutkielma:	85 sivua, 2 liitesivua
Aika:	Maaliskuu 2016
Avainsanat:	suun terveydenhuolto, toimiva kilpailu, kilpailuolosuhteet, SCP-malli

Julkisen talouden kestävyysvaje asettaa haasteita nykyisen palvelutason säilyttämiselle terveystaloudessa. Yhteiskunnan tukemat terveyspalvelut tulee jatkossa tuottaa entistä tehokkaammin. Yksi keino vastata tehokkuuden vaatimuksiin on kilpailun lisääminen palvelujen tuotannossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää voidaanko toimivaa kilpailua edistämällä löytää ratkaisuja julkisen talouden niukkojen resurssien ongelmaan. Tutkimus tarkastelee kilpailun toimivuutta ja sen edistämisen mahdollisuuksia suun terveydenhuollon markkinoilla.

Keskeiset tutkimuskysymykset ovat: miten kilpailun hyödyntäminen soveltuu terveystaloudellisten palvelujen tuotantoon, ja onko suun terveydenhuollon toimialalta löydettävissä tekijöitä, jotka rajoittavat toimivaa kilpailua. Toisaalta pohditaan myös sitä miten, toimivaa kilpailua voidaan edistää suun terveydenhuollossa. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on toimialan taloustieteen structure-conduct-performance (SCP) -malli, jonka mukaan markkinoiden rakenne ja toimijoiden käyttäytyminen markkinoilla määrittelevät toimialan suorituskyvyn. Tutkimusaihetta lähestytään tapaustutkimuksella Helsingin ja Espoon suun terveydenhuollon markkinoista. Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty teemahaastatteluilla.

Tutkimuksen mukaan kilpailumekanismi ei toimi optimaalisesti suun terveydenhuollon markkinoilla. Markkinoiden jakautuminen julkiseen ja yksityiseen suun terveydenhuoltoon vaikeuttaa kysynnän ja tarjonnan kohtaamista. Tapaustutkimuksen perusteella toimijoiden resurssit ovat vajaakäytössä, mikä heikentää toimialan suorituskykyä. Yksityisellä puolella on vapaata kapasiteettia samaan aikaan kun julkinen hammashoito on ruuhkautunut. Toimivaa kilpailua rajoittavat erityisesti kuntien toiminta ja rahoitusjärjestelmän tehottomuus. Esimerkiksi Helsingissä vain isot yritykset pystyivät menestymään kilpailutuksissa, sillä usein niiden vertailuperusteena ovat vain tarjottu tuntimäärä ja hinta. Tämä on johtanut siihen, että suuri joukko markkinoilla toimivista yrityksistä ei osallistu julkisiin tarjouskilpailuihin. Suurin syy rahoituksen tehottomuuteen on sen monikanavaisuus, joka aiheuttaa hoitoketjujen pirstoutumista ja vaikeuttaa yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä.

Tutkimustulosten perusteella kilpailun lisääminen suun terveydenhuollon palveluissa on järkevää, koska siten voidaan saavuttaa todellisia tehokkuushyötyjä ja parantaa toimialan suorituskykyä. Kilpailua voitaisiin edistää suhteellisen helposti lisäämällä potilaan valinnanvapautta, esimerkiksi raha seuraa -potilasta periaatteella. Kilpailun lisäämisen ongelmana on kuitenkin se, että toimivia markkinoita ei synny kaikille alueille. Lisäksi on mahdollista, että kilpailu johtaa liialliseen yritysten väliseen kilpavarusteluun. Kilpailun toimivuuden näkökulmasta on tärkeää määritellä myös se, millä perusteella yhteiskunnan tukemaa hoitoa myönnetään potilaalle.

Sisällys

1	JOHDANTO	1
1.1	Tausta ja aihepiiri	1
1.2	Tutkimuskysymykset ja aiheen rajausta.....	3
1.3	Tutkimuksen menetelmät ja aineisto	4
1.4	Tutkimuksen eteneminen	8
2	TOIMIALAN TALOUSTIEDE TUTKIMUKSEN TEOREETTISENA VIITEKEHYKSENÄ	9
2.1	Markkinat ja kilpailu	9
2.2	Toimiva kilpailu	12
2.3	SCP-malli	13
2.3.1	Markkinarakenteen edellytykset toimivalle kilpailulle	15
2.3.2	Markkinakäyttäytyminen	17
2.3.3	Markkinoiden suorituskyky	18
2.4	Markkinoiden toiminta ja Porterin viisi voimaa.....	19
3	KILPAILU TERVEYDENHUOLLOSSA	21
3.1	Terveyspalvelujen erityispiirteet	21
3.2	Terveiden ja liiketoiminnan etiikoiden yhteensovittaminen	23
3.3	Kilpailun toimivuudesta terveyspalveluissa	25
3.4	Kansainvälisiä käytäntöjä terveyspalvelujen tuottamisesta	28
4	SUUN TERVEYDENHUOLLON MARKKINAYMPÄRISTÖ SUOMESSA	31
4.1	Palvelutarjonnan laajentuminen	31
4.2	Toimialan sääntely	32
4.3	Palveluiden kysyntä.....	35
4.4	Markkinoiden keskittyminen ja alalle tulon esteet.....	36
4.5	Markkinakäyttäytyminen.....	38
4.5.1	Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö.....	39
4.5.2	Palveluiden hinnoittelu ja markkinointi.....	40
4.6	Suorituskyky.....	43
4.6.1	Toimialan kannattavuus.....	43
4.6.2	Toimialan kasvu ja työllisyys	46
5	CASE KAUPUNGIT JA EMPIIRINEN TUTKIMUS	49
5.1	Helsingin suun terveydenhuollon palvelut	49
5.2	Espoon suun terveydenhuollon palvelut.....	50
5.3	Kysyntä- ja tarjontatekijät	51
5.4	Markkinarakenne.....	54
5.4.1	Yrityskoon kasvu ja ketjuuntuminen	54
5.4.2	Alalle tulon esteet	56
5.5	Markkinakäyttäytyminen.....	57
5.5.1	Yhteistyö palvelujen järjestämisessä	57
5.5.2	Suorite- ja hintakilpailu	61

5.6	Markkinoiden suorituskyky	64
5.6.1	Toiminnallinen tehokkuus	65
5.6.2	Yritysten kilpailukyky	68
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	70
6.1	Kilpailu suun terveydenhuollossa	70
6.2	Kilpailun toimivuuden ongelmat	71
6.3	Kilpailun edistämisen mahdollisuudet	74
	LÄHDELUETTELO	78
	LIITTEET	86
	Liite 1: Teemahaastattelun runko	86

Kuviot ja taulukot

KUVIO 1 Teorian ja empirian suhde tutkimuksessa	5
KUVIO 2 SCP-malli (mukaillen Scherer & Ross 1990, 5)	14
KUVIO 3 Porterin viiden voiman malli suun terveydenhuollon kilpailussa	20
TAULUKKO 1 Kunnallisten ja yhteiskunnan tukemien yksityisten hammashoitopalvelujen laajeneminen 1950-luvulta 2000-luvulle (Widström & Mikkola 2008, 147).	32
TAULUKKO 2 Hammaslääkäripalveluyritykset 2007–2012 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)	36
TAULUKKO 3 Hammaslääkäriyritysten toimipaikat maakunnittain vuosina 2006–2012 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)	37
TAULUKKO 4 Hammashoidon tavanomaisia hintoja (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016; Yksityisen hoidon hinta Kela 10/2015)	41
KUVIO 4 Käyttökateprosentti ja kokonaispääoman tuottoprosentti hammaslääkäripalveluissa vuosina 2006–2014 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)	44
TAULUKKO 5 Terveyspalveluiden ja kaikkien toimialojen käyttökateprosentti ja kokonaispääoman tuottoprosentti vuosina 2006–2014 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)	45
KUVIO 5 Aine- ja tarvikekäytön, palkkakulujen, ulkopuolisten palveluiden ja muiden kulujen osuus liikevaihdosta hammaslääkäripalveluissa vuosina 2006–2013 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)	45
TAULUKKO 6 Tuloslaskelmat ja taseet summattuna toimialoittain ja kokoluokittain, 1000€ (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)	46
KUVIO 6 Yksityishammaslääkäreiden kokemus potilaiden määrästä (Suomen Hammaslääkäriliitto 2015a: Työmarkkinatutkimus)	47
TAULUKKO 7 Hammaslääkäriyritysten toimipaikat ja henkilöstö Helsingissä ja Espoossa vuosina 2006–2013 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)	55

1 JOHDANTO

1.1 Tausta ja aihepiiri

Julkisella sektorilla on voimistunut pyrkimys kohti aiempaa tehokkaampaa, tuloksellisempaa ja taloudellisempaa toimintaa. Muutoksen taustalla vaikuttaa 1980-luvun lopulla julkishallintoon omaksuttu uuden julkisjohtamisen (New Public Management) oppisuunta. (Anttiroiko & Haveri 2009, 200.) Julkisen sektorin uudistumisessa merkittävää on ollut julkisen tuotannon organisaation ja toimintaympäristön markkinaehtoistaminen sekä toimintojen avautuminen kilpailulle. Kunnallisessa tuotannossa on jo pyritty hyödyntämään markkinoita ja kilpailua, joiden avulla hyvinvointipalvelujen toimintaympäristö on kehittynyt. Julkisen talouden kestävyysvaje asettaa haasteita terveydenhuollon nykyisen palvelutason säilyttämiselle. Tulevaisuudessa yhteiskunnan tukemat terveystaloudet on tuotettava entistä tehokkaammin. Yhtenä ratkaisuna julkisen talouden niukkojen resurssien tehokkaaseen käyttöön voi olla toimivien markkinoiden ja kilpailun edistäminen terveystaloudissa. Kilpailumekanismin luominen voi parantaa toiminnan taloudellista tehokkuutta ja palveluiden saatavuutta. (Kilpailuvirasto 2001, 9.)

Väestön ikääntyminen, terveystaloudien kasvava kysyntä sekä julkisen palvelutuotannon heikko kehitys aiheuttavat paineita terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiselle. Yhteiskunnan järjestämille terveystaloudilla on enemmän kysyntää kuin niistä on tarjontaa. Terveydenhuollon alueelliseen järjestämisvastuuseen ja julkiseen rahoitukseen perustuva järjestelmä on synnyttänyt tilanteen, jossa palveluntuottajien ei tarvitse kilpailla keskenään kyvyllä tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä. Lisäksi terveydenhuollon monikanavainen rahoitus mahdollistaa kustannusvastuun siirtämisen toimijoiden välillä, koska nykyinen järjestelmä kannustaa palveluratkaisujen tarkasteluun pelkästään toimijan omasta näkökulmasta. Tämä on johtanut siihen, että kannustimet palvelujen ja palveluita tuottavan organisaation toiminnan kehittämiseen ovat heikot. (THL 2012a, 38.) Terveystaloudiin liittyy erityispiirteitä, jotka erottavat ne muista hyödykkeistä. Niiden luonne vaatii myös sen, että kilpailuttamistilanteessa kunta huolehtii, että palvelu täyttää tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden vaatimukset. Yksityiskohtainen sääntely asettaa haasteita kilpailun soveltamiselle terveystaloudissa. Toisaalta palvelutuotannon tehostamiseen liittyvät vaatimukset kannustavat julkisia toimijoita kilpailun lisäämiseen terveystaloudien tuotannossa. Terveystaloudemarkkinoilla on myös potentiaalista kilpailua yksityisten toimijoiden kesken, jota

kunnat voivat palveluhankinnoissaan hyödyntää. Kuntien tekemät päätökset vaikuttavat merkittävästi markkinoiden syntymiseen ja kehittymiseen. (Pihkala 2003, 87.)

Kilpailua ei kuitenkaan voida pitää itsetarkoituksena, vaan sen tarvetta julkisissa palveluissa tulee arvioida sen tuomien hyötyjen mukaan. Kilpailulla tulee olla saavutettavissa jotain uutta hyötyä verrattuna perinteisiin toimintatapoihin, jotta sen käyttöä lähdetään edistämään (Mönkäre 2003, 18). Palveluiden suunnitelmallinen avaaminen kilpailulle voi mahdollistaa laadun parantamisen ja kustannusten säästämisen. Kilpailun edistämistä jarruttaa kuitenkin myös yksityisen palvelutarjonnan vähyys. Suomessa on väestöpohjaltaan pieniä kuntia, joissa yksityistä terveydenhuoltoa ei juuri ole tarjolla. Käytännössä näillä alueilla toimivien markkinoiden aikaansaaminen ei ole mahdollista, jolloin kilpailuun perustuvassa järjestelmässä tarvitaan jonkin verran myös yhteiskunnan ylläpitämää palvelutuotantoa. (Pihkala 2003, 87.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on muuttamassa lähivuosina suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita ennennäkemättömän paljon. Uudistuksen tavoitteissa on mainittu valinnanvapauslainsäädännön laajentaminen, joka käytännössä tarkoittaa kilpailun lisääntymistä terveyspalveluissa. (Valtioneuvoston tiedote 591/2015.) Terveydenhuollon palveluntuottajien välistä kilpailu on jo lisätty useissa maissa. Esimerkiksi Iso-Britannia, Ruotsi, Tanska, Norja ja Hollanti ovat laajentaneet potilaan valinnanvapautta hoitopaikan valinnassa. Myös Suomessa potilaan valinnanvapaus lisääntyi vuoden 2014 alussa lakimuutoksella, joka mahdollisti palvelun käyttäjälle terveysaseman valinnan mistä tahansa kunnasta. (Saxell 2014, 1–2; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 48 §). Näin ollen myös Suomessa on otettu askelia terveyspalvelujen markkinaehtoisuuden lisäämiseksi, koska kuluttajan valinnanvapaus linkittyy vahvasti kilpailuun (esim. Koivusalo 2003, 24).

Tällä tutkimuksella etsitään tietoa kilpailun toimivuudesta suun terveyspalvelujen tuotannossa. Tutkimus lähtee oletuksesta, että kilpailumekanismin avulla voidaan löytää ratkaisuja julkisen talouden haasteisiin niukkojen resurssien tilanteessa. Tarkastelun kohteeksi valituissa suun terveydenhuollon palveluissa yksityisen sektorin rooli tuotannossa on merkittävä verrattuna muihin terveyspalveluihin. Yksityiset hammaslääkäriyritykset tuottavat hieman yli puolet kaikista suomalaisten käyttämästä suun terveydenhuollon peruspalveluista (Hartman, 33). Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus vaikuttaa myös hammashoitoon. Suomen Hammaslääkäriliiton näkemyksen mukaan yksityiset palveluntuottajat tulee huomioida

uudistuksessa myös muulla tavoin kuin pelkästään ostopalveluna tai palvelusetelin tuottajina. Hammaslääkäriliitto toivoo myös, että toimivan kilpailun edistäminen tehokkuuden ja hyvinvoinnin kasvun tekijänä tunnistetaan jatkossa entistä paremmin. (Suomen Hammaslääkärilehti 2014.)

Kilpailulain lähtökohtana on, että toimiva kilpailu koituu viime kädessä asiakkaan ja kuluttajan eduksi. Toimivalla kilpailulla tarkoitetaan elinkeinonharjoittajien mahdollisuutta vapaaseen hinnanmuodostukseen ja toimintavapauteen, jota markkinamekanismi ohjaa. Kilpailupolitiikan pyrkimyksenä on vapaan alalle pääsyn turvaaminen ja taloudellista kilpailua haittaavien kilpailunrajoitusten poistaminen. (TEM 2009, 21, 80.) Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on rakenne-käyttäytyminen-suorituskyky (structure-conduct-performance, SCP) -tutkimusparadigma, jonka avulla arvioidaan toimivaa kilpailua suun terveydenhuollon markkinoilla. SCP-mallin mukaisessa tarkastelussa huomioidaan markkinoiden rakenne ja yritysten käyttäytyminen kilpailun toimivuuden tekijöinä.

1.2 Tutkimuskysymykset ja aiheen rajaus

Tässä tutkimuksessa tavoitteena on selvittää markkinaolosuhteiden tarkastelun kautta, miten kilpailu toimii suun terveydenhuollon markkinoilla. Tutkimuksessa etsitään toimialan markkinoiden ja kilpailun toimivuuteen liittyviä ongelmia, ja selvitetään mitä hyötyä kilpailun edistämisestä on kyseiselle toimialalle. Oletuksena on, että kilpailun mukanaan tuomat hyödyt ovat sen haittoja suuremmat.

Tutkimuksessa selvitetään suun terveydenhuoltopalveluiden kilpailuolosuhteita seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Mitä kilpailulla tarkoitetaan terveydenhuollossa?
2. Mitkä ovat toimivaa kilpailua rajoittavia tekijöitä suun terveydenhuollon markkinoilla?
3. Miten kilpailua suun terveydenhuollon palveluissa voidaan edistää?

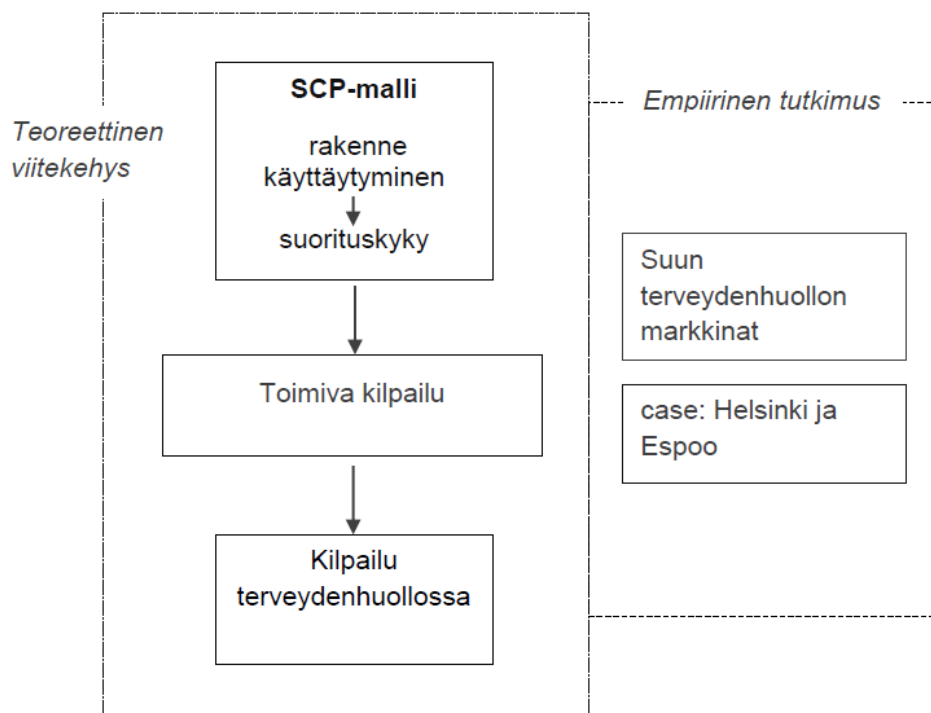
Terveyspalveluiden käsite on laaja, sillä se sisältää useita erityyppisiä palveluita. Tämän vuoksi tutkimus on rajattu koskemaan vain suun terveydenhuollon palveluita, mikä mahdollistaa tarkemman analyysin yhdestä terveydenhuollon toimialasta. Julkisen sektorin tarjoamien suun

terveydenhuollon palvelujen vastakohtaksi katsotaan tässä tutkimuksessa yksityiset palvelut. Yksityisellä palveluntarjoajalla tarkoitetaan tässä yhteydessä terveystalouksia tarjoavaa yksikköä, joka kattaa menonsa kokonaan tai osittain terveystalouksien myyntituloilla, ja joiden toiminta määritellään yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990). Tutkimuksessa yksityinen suun terveydenhuolto rinnastetaan hammaslääkäripalveluihin, joilla tarkoitetaan yksityisten yleis- ja erikoishammaslääkäreiden palveluita (TOL 2008, 86230).

Tutkimuksen keskeinen raja-alue on tarkastella suun terveydenhuoltoa kilpailun ja markkinoiden toimivuuden näkökulmasta. Toimialan kilpailua voidaan lähestyä myös esimerkiksi epätydellisen kilpailun tai kilpailuvalvonnan näkökulmasta. Kilpailutilannetta valitulla toimialalla voitaisiin tutkia laajasti yhtäältä yritysten tunnuslukujen ja markkinaosuuksien näkökulmasta. Tutkimuksen rajallisuuden vuoksi tässä yhteydessä käytetään kuitenkin vain muutamia lukuarvoja, joiden kautta saadaan käsitys toimialan rakenteesta ja suorituskyvystä. Teoreettinen viitekehys rajautuu toimialan taloustieteen SCP-mallin mukaiseen tarkasteluun.

1.3 Tutkimuksen menetelmät ja aineisto

Tutkimus on laadullinen ja sen tavoitteena on suun terveydenhuollon markkinoiden monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään todellisuuden kuvaamiseen. On huomioitava, että todellisuutta ei voi pirstoa osiin, vaan tapahtumat vaikuttavat toinen toisiinsa ja muuttuvat sen mukaan. Voidaan sanoa, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitellaan tosiasioiden löytämistä tai paljastamista ennemmin kuin pyritään todentamaan jo olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Tutkimuksen päättely perustuu deduktiiviseen päättelyyn. Deduktiivisessa päättelyssä johtopäätös seuraa loogisella välttämättömyydellä premisseistä eli toisin sanoen teorian kautta edetään empiriaan (Uusitalo 1991, 19–20). Tarkoituksena on, että tämän empiirisen tutkimuksen tuloksia voidaan peilata teoreettiseen viitekehykseen, joka toimii välineenä empiiristen tutkimustulosten analysoinnissa. Kuviossa 1 esitetään teoreettisen viitekehyksen muodostuminen ja sen suhde tutkimuksen empiirisen osioon.



KUVIO 1 Teorian ja empirian suhde tutkimuksessa

Tutkimuksella on tarkoitus, joka vaikuttaa tutkimuksen strategiaan valintoihin. Tämän tutkimuksen tarkoitus on toimia kartoittavana ja kuvailevana tutkimuksena suun terveydenhuollon kilpailuolosuhteista. Kartoittava tutkimus pyrkii löytämään uusia ilmiöitä ja näkökulmia sekä kehittämään hypoteeseja. Kuvaileva tutkimus taas esittää tarkkoja kuvauksia, esimerkiksi tilanteista tai tapahtumista tallentaen ilmiön keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 137–139.)

Tutkimuksessa pyritään saavuttamaan kokonais käsitys suun terveydenhuollon markkinoiden kilpailuolosuhteista Suomessa. Lisäksi empirian kautta testataan, miten kahdessa eri kaupungissa tämän toimialan kilpailu ja markkinat toimivat. Suun terveydenhuollon markkinoiden kilpailua rajoittaviin tekijöihin etsitään vastausta tapaustutkimuksen avulla tarkastelemalla markkinoita Espoossa ja Helsingissä. Näiden kahden kaupungin hammashuollon palveluiden tarkastelu antaa perspektiivin siitä, miten eri tavalla julkinen sektori voi järjestää suun terveydenhuollon palvelut. Tutkimuksen toteutuksen kannalta markkinat ovat case-kaupungeissa riittävän suuret, jotta toimijoiden välillä voi esiintyä todellista kilpailua. Pienemmissä kaupungeissa ongelmana voi olla, että yksityistä tarjontaa ei ole tarpeeksi, jotta kilpailuolosuhteita voitaisiin tarkastella samalla tarkkuudella. Molemmissa case-kaupungeissa suun terveydenhuollon palvelutuotannossa käytetään

myös vaihtoehtoisia tuotantotapoja, jolloin tarkastelussa voidaan huomioida kattavasti julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö toimivan kilpailun näkökulmasta.

Tutkimuksen toteutuksessa hyödynnetään teoreettista viitekehystä sekä tapaustutkimusta, jolla testataan teorian toimivuutta. Metodien avulla tieteessä tavoitellaan ja etsitään uutta tietoa tai pyritään ratkaisemaan jokin käytännön ongelma (Hirsjärvi ym. 2009, 183). Yin (2003, 97–99) pitää tapaustutkimusta tehdessä suositeltavana useiden lähteiden käyttöä. Tämän avulla mahdollistetaan useampien eri seikkojen tutkiminen. Lisäksi voidaan käyttää triangulaatiota, joka parantaa tutkimuksen konstruktiiviteettiä eli sitä, kuinka hyvin käytetty menetelmä mittaa tutkittavaa asiaa. Tapaustutkimuksella pyritään yleensä yksityiskohtaisen tiedon hankintaan jostain ilmiöstä. Tämän kaltaisessa tutkimuksessa päämäärän tulee olla jonkin teorian laajentaminen tai yleistäminen. (Yin 2003, 10.) Tässä pro graduissa tapaustutkimuksen avulla tehdään havaintoja siitä, miten kahdessa eri kaupungissa, suun terveydenhuollon markkinoiden kilpailu toimii.

Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastatteluilla. Haastattelun etuna on joustavuus aineistoa kerättäessä. Menetelmän ongelmana on kuitenkin haastateltavien taipumus vastata kysymyksiin sosiaalisesti toivottavasta näkökulmasta. Haastatteluja on tulkittava myös kulttuuristen merkitysten ja merkitysmaailmojen valossa, eikä pelkästään haastateltavan vastausten perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 183, 206–207.) Haastattelun valitseminen tutkimusmenetelmäksi on perusteltua muun muassa silloin, kun tiedetään aiheen tuottavan monitahoisesti ja moniin suuntiin viittaavia vastauksia. Se soveltuu tutkimusmenetelmäksi myös silloin, kun saatavilla olevaa tietoa halutaan syventää, tutkimusalue on suhteellisen tuntematon ja haastattelijan puhe halutaan sijoittaa laajempaan kontekstiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.)

Tutkimushaastattelut jaetaan kolmeen ryhmään, joista tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkentaminen tehdään haastattelussa. Se lähtee oletuksesta, että menetelmää käyttäen on mahdollista tulkita kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Keskeisenä menetelmässä pidetään ihmisten tulkintoja asioista ja asioille antamia merkityksiä sekä merkitysten syntymistä vuorovaikutuksessa. Tarkasteltavan ilmiön tutkimisessa teemahaastattelun avulla voidaan saada selville eri tahojen näkemyksiä aiheesta ja syventää saatavissa olevaa tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Haastattelujen avulla pyrittiin keräämään aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä päätelmiä tutkimuskysymyksistä. Tarkoituksena oli selvittää suun terveydenhuollon palvelujen kilpailu- ja markkinatilannetta, sekä julkisen että yksityisen sektorin näkökulmasta. Haastatteluteemat jaettiin neljään osaan, jotka johdettiin tutkimuksen teoreettisesta viitekehyksestä. Osien kysymykset vaihtelivat jonkin verran sen mukaan, oliko haastateltavana pieni yksityinen toimija, ketjuyritys vai kaupungin suun terveydenhuollon yksikkö. SCP-mallia soveltaen kysymysrungon teemat ovat:

1. Kilpailutilanne ja markkinaolosuhteet
2. Markkinarakenne
3. Markkinakäyttäytyminen
4. Markkinoiden suorituskyky

Potentiaaliset yritykset kartoitettiin aluksi Kauppalehden yritykset toimialoittain -sivustolta, jonka jälkeen niille lähetettiin sähköpostilla haastattelupyyntö. Haastateltavat henkilöt valittiin Helsingissä ja Espoossa toimivista pienistä, alle 50 työntekijän hammaslääkäriyrityksistä. Tutkimusta varten haastateltiin yksityistä hammaslääkäriyrittäjää sekä Helsingissä että Espoossa. Lisäksi haastateltiin hallinnon edustajaa yhdestä valtakunnallisesti toimivasta suun terveydenhuoltoalan ketjuyrityksestä, jolla on toimipisteitä molemmissa case-kaupungeissa. Yritysten lisäksi haastattelupyyntö lähetettiin sähköpostilla Helsingin ja Espoon suun terveydenhuollon hallinnon edustajille, joista molemmista haastateltiin yhtä työntekijää. Haastateltavien näkökulmia esitellään viittaamalla heihin termeillä kaupungin edustaja Helsinki/Espoo, yritys Espoo/Helsinki ja ketjuyritys.

Haastattelut toteutettiin huhtikuun ja syyskuun välillä vuonna 2015. Haastatteluiden kesto oli puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin litteroimalla. Saadusta aineistosta pyrittiin muodostamaan käsitys siitä, miten pieni yksityinen ja iso valtakunnallinen yritys sekä kaupungit näkevät suun terveydenhuollon kilpailuolosuhteet. Koska aihealue on monitahoinen ja eri osapuolten näkemykset eroavat toisistaan, haastattelun avulla pystyttiin tunnistamaan näkemyseroja. Haastatteluilla kerätyllä tiedolla pyritään tässä tutkimuksessa saamaan suun terveydenhuollon markkinoilla toimivien yrittäjien ja hallinnon työntekijöiden näkemyksiä alan toimintaympäristöstä sekä kokemuksia markkinoiden toimivuudesta.

1.4 Tutkimuksen eteneminen

Johdannon jälkeen luvuissa kaksi ja kolme tarkastellaan tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Ensimmäiseksi luvussa kaksi avataan tutkimuksen kannalta keskeiset markkinoihin ja kilpailuun liittyvät käsitteet. Tämän jälkeen kuvataan SCP-mallin eri osa-alueita ja analysoidaan niitä suhteessa toimivaan kilpailuun. SCP-mallia laajennetaan esittelemällä yritysten välinen kilpailu Porterin viiden voiman näkökulmasta sekä soveltamalla mallia suun terveydenhuollon markkinoihin. Kolmannessa luvussa tarkastellaan kilpailun käyttöä terveyspalveluiden tuotannossa, mikä pohjustaa seuraavien lukujen empiiristä analyysiä.

Neljännessä luvussa käsitellään suun terveydenhuollon markkinoita ja kilpailua Suomessa. Analyysin runkona on SCP-malli, jota noudatellen käydään ensin läpi toimialan perusolosuhteita. Markkinarakenteen tarkastelussa huomioidaan toimialan keskittymisen astetta ja alalle pääsyn esteitä. Tästä edetään markkinakäyttäytymisen tarkasteluun, jonka jälkeen käsitellään suun terveydenhuollon markkinoiden ja kilpailun toimivuudelta kannalta keskeisimmät teemat. Näiden eri tasojen käsittelyn, ja vuorovaikutussuhteiden tarkastelun kautta etsitään tekijöitä, jotka rajoittavat kilpailua suun terveydenhuollon toimialalla.

Tutkimuksen empiirisessä osiossa, luvussa viisi sovelletaan aiemmissa luvuissa käsiteltyä teoriaa suun terveydenhuollon kilpailuolosuhteisiin Helsingissä ja Espoossa. Tarkastelussa etsitään kilpailua rajoittavia tekijöitä markkinoilta ja keinoja kilpailun toimivuuden edistämiseksi. Viimeisessä luvussa esitetään johtopäätökset kilpailun toimivuuden ongelmista ja kilpailun edistämisen mahdollisuuksista. Lopuksi arvioidaan lyhyesti myös aiheen jatkotutkimusmahdollisuudet.

2 TOIMIALAN TALOUSTIEDE TUTKIMUKSEN TEOREETTISENA VIITEKEHYKSENÄ

2.1 Markkinat ja kilpailu

Toimialojen kilpailuolosuhteita tutkiva Industrial Organization -tutkimusalue tarkastelee toimialan rakenteen vaikutuksia yritysten käyttäytymiseen sekä sen aiheuttamia hyvinvointivaikutuksia (Scherer 1970, 1). Täydellistä kilpailua ei esiinny reaali maailmassa. Tämän vuoksi tutkijat ovat kehittäneet erilaisia malleja, joiden avulla tarkastellaan markkinoilla olevaa kilpailua. Eri kilpailukoulukuntien painotukset liittyvät siihen, kuinka voimakkaasti kilpailuoikeudella tulisi puuttua markkinoiden toimintaan. Kilpailuoikeudellisen tutkimuksen kehittymiseen ovat vaikuttaneet eniten Harvardin ja Chicagon koulukunnat. Niiden keskeinen näkemysero liittyy siihen, ovatko markkinat itseohjautuvia vai sääntelyä edellyttäviä. (Alkio & Wik 2009, 65.)

Toimialan taloustieteen SCP-malli on Harvardin koulukunnan perinteinen lähestymistapa arvioida kilpailua. Se perustuu näkemykseen vakaasta kausaalisuhteesta toimialan rakenteen, markkinakäyttäytymisen ja suorituskyvyn välillä. (Virtanen 2001, 231, 234.) Harvardilainen koulukunta pitää kilpailupolitiikan tavoitteina ennen kaikkea tehokkuutta, mutta myös elinkeinonharjoittamisen vapautta sekä kuluttajien ja pienyrittäjien suojaamista monopoliyritysten mielivallalta ja perusteettomilta tulonsiirroilta (Kuoppamäki 2012, 5). Vastakkaista näkemystä edustaa Chicagon koulukunta, joka korostaa markkinoiden itseohjautuvuutta. Sen mukaan kilpailupolitiikan päätavoitteena tulisi olla tehokkuuden tavoittelu, joka ohjaa markkinoita parhaaseen mahdolliseen suorituskykyyn. Chicagolaisen näkemyksen mukaan toimialan keskittynyt markkinarakenne viestii yritysten tehokkuudesta, koska kilpailussa heikosti menestyvät yritykset poistuvat markkinoilta. Siten jäljelle jäävät ainoastaan ne yritykset, joilla on riittävän hyvä suorituskyky. (Jones & Sufrin 2011, 23.)

Markkinat on perinteisesti määritelty taloustieteessä markkinapaikoiksi (esim. Collin 2001, 248). Usein markkinoilla ostaja ja myyjä kohtaavat toisensa, kuten paikallisilla torimarkkinoilla, mutta on myös markkinoita, jotka eivät ole fyysisesti olemassa. Esimerkki tällaisista markkinoista on arvopaperimarkkinat, joilla vaihdanta tapahtuu tietokoneiden välityksellä. (Begg, Fischer & Dornbusch 2008, 9.) Taloustieteessä markkinoiden katsotaan olevan olemassa silloin, kun kaksi tai sitä useampi toimija ovat valmiita harjoittamaan vaihtokauppaa keskenään. Ajalla tai paikalla ei ole

merkitystä markkinoiden syntyminen kannalta. Mikrotalousteorian keskeinen ongelma on se, kuinka markkinat toimivat, silloin kun resurssien kohdentaminen nähdään markkinaprosessina. Yhtäältä siis voimavarojen kohdentaminen saa aikaan markkinoiden toiminnan. (Gravelle & Rees 2004, 3.)

Markkinoilla olevaa kilpailua voidaan tarkastella täydellisen ja epätäydellisen kilpailun näkökulmasta. Seuraavaksi käydään läpi näiden markkinatilanteiden ominaispiirteitä. Pekkarisen ja Sutelan (2004, 38–39) mukaan täydellisen kilpailun vallitsemiseksi seuraavien ehtojen tulee olla voimassa:

1. Markkinoilla on riittävän monia ostajia ja myyjiä, ja kunkin markkinaosuus on pieni.
2. Kaikkien tuottamat hyödykkeet ovat samanlaisia. Kuluttajalle on samantekevää keneltä hän ostaa tuotteen. Markkinoilla vallitsee niin sanottu yhden hinnan laki, kun kukaan ei suostu ostamaan kalliimmalla tai myymään halvemmalla kuin muut.
3. Markkinoille on vapaa pääsy, ja niiltä poistuminen on vapaata. Hyödykkeen tuottamisoikeuteen ei liity rajoitteita. Näin ollen, eri markkinoilla ansaittavat voitot ja muut tulot eivät voi olla pysyvästi toisistaan poikkeavia. Tavallista suuremmat ansiot jollakin alalla, tuovat lisää yrittäjiä alalla, joten tarjonnan kasvaessa tulojen erot tasoittuvat.

Täydellisen kilpailun ominaispiirre on, että yksittäisellä myyjällä tai ostajalla ei ole vaikutusta markkinahintaan, vaan hinta määräytyy markkinoilla tarjonnan ja kysynnän mukaan. Päätökset koskevat sitä kuinka paljon ostetaan tai myydään. Todellisuudesta täydellisen kilpailun tilanteesta ei juuri löydy esimerkkejä, vaan useimmilla markkinoilla vallitsee niin sanottu epätäydellinen kilpailu. (Pekkarinen & Sutela 2004, 61.)

Epätäydellisen kilpailun tilanteessa myyjät kohtaavat laskevan kysyntäkäyrän tuotteilleen. Tuotantohinta vaikuttaa siihen määrään, jonka yritys valmistaa ja myy. Epätäydellisessä kilpailussa yksittäinen ostaja tai myyjä pystyy vaikuttamaan hintaan. (Begg ym. 2008, 164–165.) Merkittävin syy epätäydelliseen kilpailuun löytyy suurtuotannon eduista, koska useimmilla toimialoilla yksikkökustannukset pienenevät tuotannon kasvaessa. Suuret yritykset saavat tästä kilpailuetua, joka johtaa markkinoiden keskittymiseen. Taloustieteessä tuottajapuolella epätäydellisen kilpailun muotoja ovat monopoli, oligopoli, duopoli ja monopolistinen kilpailu. Lisäksi epätäydellisen

kilpailun syy voi olla kysyntäpuolella, jolloin kyseessä on monopsoni eli yhden ostajan tapaus tai oligopsoni, jossa ostajia on muutamia. (Pekkarinen & Sutela 2004, 61, 71.)

Monopolilla tarkoitetaan tilannetta, jossa markkinoilla on vain yksi tarjoaja, joka pystyy määrittämään markkinahinnan. Ostajat päättävät kuinka paljon he haluavat ostaa tuotetta monopolin määrittämällä hinnalla. Monopoli ei kuitenkaan voi mielivaltaisesti päättää hinnoista, vaan markkinoiden kysyntä rajoittaa sen päätäntämahdollisuuksia. Monopoli on vastakohta täydelliselle kilpailulle. Monopolin tasapainotilanteessa saadaan aikaan pienempi tuotanto ja korkeampi hinta kuin täydellisen kilpailun tasapainossa, joten täydellinen kilpailu on tehokkaampi tilanne markkinoilla. Luonnollisesta monopolista puhutaan tilanteessa, jossa taloudellinen tehokkuus puoltaa monopolin sallimista. (Pekkarinen & Sutela 2004, 61–66.)

Toinen huomattavasti yleisempi epätäydellisen kilpailun muoto on oligopoli, jossa markkinoilla on muutamia suuria keskenään kilpailevia yrityksiä. Suurten yritysten lisäksi markkinoilla saattaa toimia useita pieniä yrityksiä, mutta niillä ei juuri ole markkinavoimaa. Oligopolististen markkinoiden syntyä selittävät suurtuotannon edut, jotka kuitenkin jättävät tilaa useammalle kuin yhdelle tuottajalle markkinoilla. Myös tuotteiden erilaistaminen (tuotedifferointi) vähentää keskittymistä. Erikoistuminen ja alihankinta parantavat pienten yritysten mahdollisuuksia selviytyä markkinakilpailussa. Näiden lisäksi myös valtiovallan toimet pyrkivät usein rajoittamaan monopolien syntymistä ja luomaan oligopolitilanteita monopolitilanteen sijaan. Oligopoliryitysten toiminnassa tyypillistä on riippuvuus kilpailijoiden päätöksistä. Yritysten käyttäytymistä oligopolitilanteessa kuvaillaan hinnan etsimiseksi, koska hintapäätöksissä pyritään huomioimaan myös kilpailijoiden vastatoimenpiteet. Tällöin puhutaan strategisesta käyttäytymisestä. Oligopoliryitykset tekevät päätöksiä useammista muuttujista kuin täydellisen kilpailun tai monopolin yritykset. Päätökset koskevat muun muassa hintaa, määrää, tuotedifferointia ja markkinointia. Oligopolissa pyritäänkin usein hinnalla kilpailemisen sijasta yritysten välisiin sopimuksiin, joilla vakautetaan markkinoita. Duopoli on oligopolin erikoistapaus, jossa markkinoilla on vain kaksi tarjoajaa. (Pekkarinen & Sutela 2004, 69–71.)

Monopolistisella kilpailulla tarkoitetaan tilannetta, jossa markkinoilla on paljon pieniä yrityksiä. Niistä yrityksistä kaikki voivat laiminlyödä mahdollisuuden, että omat päätökset eivät kannusta muutoksiin kilpailijoissa, koska kaikkien tuotteet ovat hieman erilaisia. Tällaisilla markkinoilla oletetaan vallitsevan pitkällä aikavälillä myös vapaa pääsy ja poistuminen. Monopolistinen kilpailu

muistuttaa täydellistä kilpailua siten, että yritykset ovat pieniä, eikä niillä ole markkinavoimaa. (Begg ym. 2008, 169.)

2.2 Toimiva kilpailu

Miksi toimialan kilpailua pyritään lisäämään, ja mitä tarkoitetaan kun puhutaan toimivasta kilpailusta? Kilpailulla tarkoitetaan tilannetta, jossa useampi kuin yksi toimija haluaa samanaikaisesti jotakin, joka ei ole jaettavissa tai jonka jaosta ei päästä sopimukseen. Markkinoilla tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa useat myyjät kamppailevat samoista asiakkaista. Kilpailu voidaan nähdä dynaamisena ilmiönä, jossa keskenään kilpailevien yritysten toimenpiteet vaikuttavat toinen toisiinsa, jolloin tapahtuu muutoksia markkina-asemissa. (Bhatta 2006, 111–112.) Esimerkiksi Omsbry (1998, 369) on määritellyt taloudellisen kilpailun jatkuvaksi parempien toimintatapojen etsimiseksi organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi, jolla lopulta voidaan parhaiten tyydyttää kaikkien tarpeet. Kilpailu on tavoiteltu tila markkinoilla, koska sen mukanaan tuoma kannustavuus parantaa yritysten suorituskykyä. Yleisen näkemyksen mukaan kilpailupaineen alla yritykset pyrkivät jatkuvaan toiminnan tehostamiseen ja uusien hyödykkeiden sekä tuotantotapojen kehittämiseen. (Kuoppamäki 2012, 2–3.)

Suomessa kilpailulain tärkeimpänä tavoitteena on terveen ja toimivan kilpailun turvaaminen (TEM 2009, 21). Toimivan kilpailun määrittelemisestä on erilaisia näkemyksiä, jotka vaikuttavat kilpailuoikeuden painotuksiin. J. M. Clark kehitti toimivan kilpailun käsitteen, koska hänen mukaansa täydellistä kilpailua ei esiinny, eikä todennäköisesti ole koskaan esiintynytäkään. Clarkin väite nojautuu siihen, että todellisuudessa kilpailuteoreettisella mallilla ei voida muodostaa luotettavaa arviointia reaalimaailman olosuhteista. (Scherer 1970, 36.) Toimiva kilpailu muodostaa myös oman taloustieteen koulukunnan, joka kehittyi 1940-luvulla nojaten vahvasti harvardilaisten tutkijoiden ajattelutapaan ja markkinoiden rakenteen arviointiin SCP-mallin mukaan (Jones & Sufrin 2011, 33). Toimivassa kilpailussa markkinat ovat dynaamiset ja yritykset kilpailevat tosiallisesti keskenään. Tällaisessa tilanteessa markkinoilla oleva kilpailu on kokonaisuudessaan toimivaa täyttäen tehtävänsä talouden ohjausmekanismina. (Kuoppamäki 2012, 4.) Clarkin alkuperäisestä toimivan kilpailun mallista on myös erilaisia sovellutuksia. Esimerkiksi Markham (1950, 361) esittää, että toimivan kilpailun määrittelemistä voidaan lähestyä arvioimalla toimialan kokonaisvaltaista suorituskykyä, sitä korjaavien toimenpiteiden taustaa vasten. Markhamin mukaan

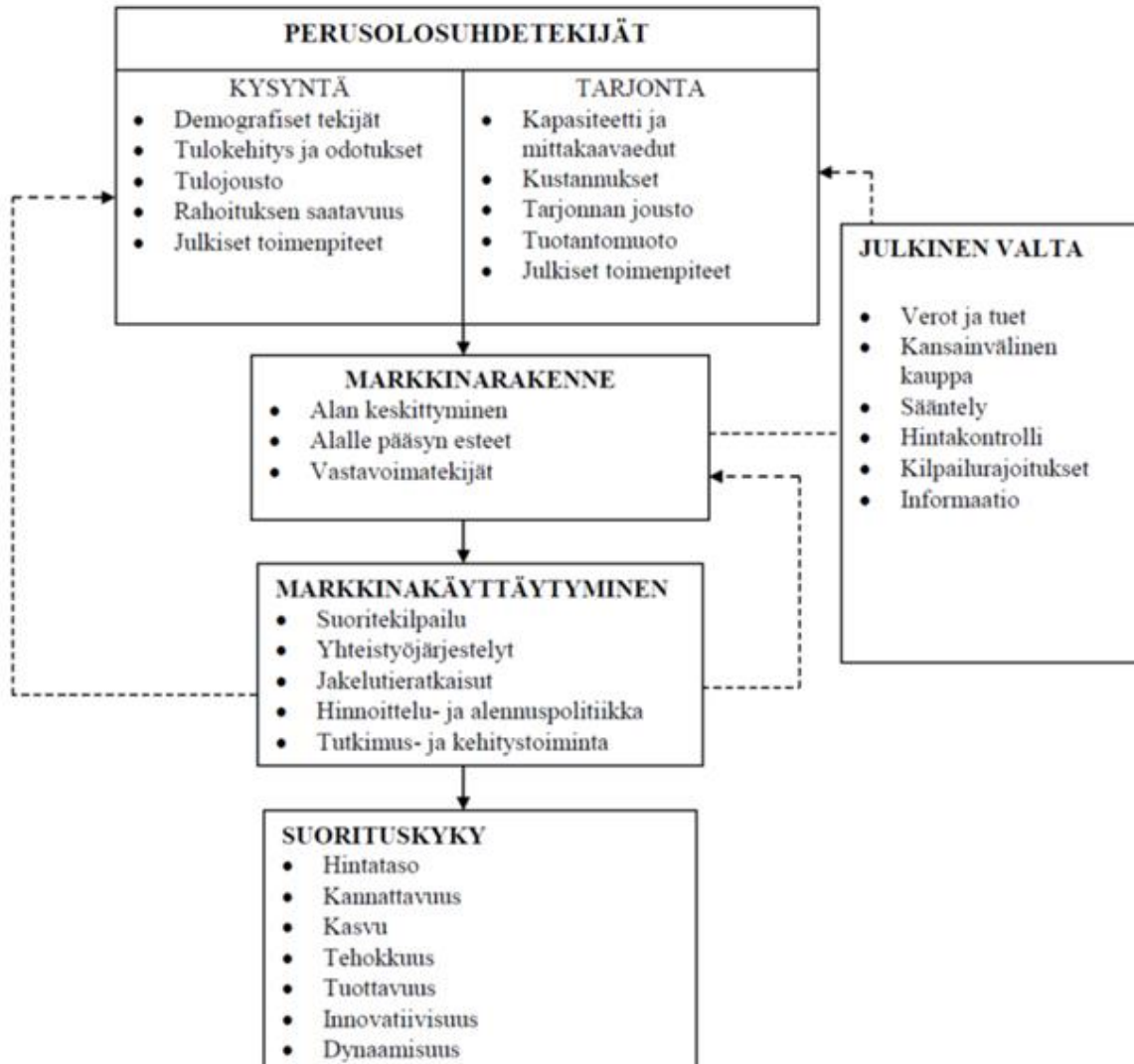
kilpailua voidaan pitää toimivana silloin, kun markkinoiden rakenteet ja niihin dynaamisesti vaikuttavat voimat on arvoitu, eikä ole löydettävissä julkisen vallan toimenpiteitä, jotka lisäisivät markkinoiden aikaansaamia sosiaalisia hyötyjä. Suurin osa kilpailututkimuksista tukee väitettä, jonka mukaan toimiva kilpailullinen markkinarakenne on suotuisin vaihtoehto yrityksen markkinakäyttäytymisen ja suorituskyvyn kannalta (Whish 2009,16).

Kilpailulaki 2010 -työryhmän (TEM 2009, 21) mietinnön mukaan terveessä ja toimivassa kilpailussa markkinamekanismin toiminta ohjaa markkinoita. Tämän tulisi johtaa siihen, että markkinoilla menestyvät ne yritykset, jotka tuottavat hinnan, laadun, saatavuuden tai muiden ominaisuuksien puolesta sellaisia tavaroita tai palveluita, joita kuluttajat arvostavat ostopäätöksillään. Kun markkinoilla on voimakasta, tosiasiallista tai potentiaalista kilpailua, siellä tuotetut hyödykkeet vastaavat parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaiden ja kuluttajien tarpeita. Tällöin puhutaan ennemminkin tehokkaasta kilpailusta, jolla tarkoitetaan kilpailumekanismin kykyä lisätä ja ylläpitää talouden tehokkuutta siten, että käytettävissä olevat voimavarat kohdentuvat parhaalla mahdollisella tavalla. (Kuoppamäki 2012, 4; Bishop & Walker 2010, 16–21.) Kilpailuneutraliteetti eli toimijoiden tasapuoliset kilpailuolosuhteet muodostavat pohjan toimivalle kilpailulle, jossa talouden resurssit kohdistuvat mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön ja saavat aikaan hyvinvoinnin kasvua. Toimivan kilpailupolitiikan tärkeimpinä tavoitteina ovat alalle pääsyn vapauden turvaaminen sekä taloudellista kilpailua rajoittavien kilpailunrajoitusten poistaminen. (TEM 2009, 21.)

2.3 SCP-malli

SCP-malli on Edward S. Masonin 1930-luvun lopulla kehittämä tutkimusparadigma, jonka avulla kuvataan tuotantotoimintaa ja markkinoita (kuvio 2). Alkuperäiset sovellukset teoriasta ovat Masonin kollegoiden ja opiskelijoiden tekemiä. Teoria on kehittynyt vuosien saatossa perustuen muun muassa lukuisiin empiirisiin tutkimuksiin Yhdysvaltojen markkinoista. Päättely pohjautui pitkälti erilaisiin käytännön havaintoihin 1970-luvulle saakka, jonka jälkeen deduktiivisen metodin yleistyessä tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota strategisten valintojen vaikutukseen yrityksen menestyksessä. SCP-mallin kehittämisen aikana eri tutkijat päätyivät lopputulokseen, että kilpailuoikeudella tulisi puuttua nimenomaan markkinoiden rakenteisiin, jotka vaikuttavat

merkittävästi yritysten käyttäytymiseen markkinoilla. (Jones & Sufrin 2011, 22; Van Cayseele & Van den Berg 2007, 472–474.)



KUVIO 2 SCP-malli (mukaillen Scherer & Ross 1990, 5)

SCP-malli perustuu ajatukseen, että markkinoiden rakenne määrittelee yritysten käyttäytymisen markkinoilla ja sitä kautta toimialan suorituskyvyn. Mallilla siis arvioidaan, miten markkinoiden perusolosuhteet, rakenne ja yritysten kilpailukäyttäytyminen vaikuttavat toimialan suorituskykyyn. SCP-hypoteesin mukaan markkinoiden keskittymisen lisääntyminen kasvattaa todennäköisyyttä yritysten väliseen hinnoista sopimiseen. Hinnoista sopimisella tarkoitetaan yritysten kartellikäyttäytymistä, joka nostaa hintoja ja kasvattaa toimialalla olevien yritysten voittoja. Tämä

taas johtaa siihen, että tuotannon ja vaihdannan määrä pienenee, jolloin markkinoiden suorituskyky heikkenee. (Bishop & Walker 2010, 65–66.)

Scherer (1970) täsmensi alkuperäistä SCP-malli lisäämällä siihen markkinoiden perusolosuhteet, jotka on jaettu kysyntä- ja tarjontaolosuhteisiin. Scherer ja Ross lisäsivät malliin 1990-luvulla myös julkisen vallan politiikan vaikutukset yritysten toimintaympäristöön ja sitä kautta kilpailuun (Scherer & Ross, 1990, 5). Schererin ja Rossin soveltama malli analysoi perinteistä SCP-mallia tarkemmin ympäristön vaikutuksia markkinoiden kilpailuun, jolloin se soveltuu hyvin rajoitetun maantieteellisen alueen markkinaolosuhteiden analyysin viitekehykseksi.

Myöhemmin ajatus siitä, että markkinoiden rakenne määrää tulokset on kyseenalaistettu ja tutkijat ovat päätyneet lopputulokseen mallin eri osa-alueiden laajemmasta vuorovaikutuksesta. Nykyisen näkemyksen mukaan rakenne yksistään ei selitä käyttäytymistä ja suorituskykyä. (Van Cayseele & Van den Berg 2007, 472–474.) Esimerkiksi Virtanen (1998, 310) korostaa nykyaikaisen kilpailupolitiikan eklektistä luonnetta, jossa toimijoiden strategisen käyttäytymisen tarkastelussa otetaan huomioon markkinarakenne, markkinadynamiikka, kilpailunvastainen käyttäytyminen sekä poliittis-taloudellisen järjestelmän vaikutukset. Vastakkaisten koulukuntien kritiikistä huolimatta SCP-paradigman vaikutus näkyy edelleen esimerkiksi korostuneessa huomiossa markkinoiden määrittelyyn, alalle tulon esteisiin sekä markkinavoiman osoittamiseen. (Jones & Sufrin 2011, 22.)

2.3.1 Markkinarakenteen edellytykset toimivalle kilpailulle

Markkinoiden ja kilpailun tarkastelu SCP-mallin kautta pyrkii selvittämään sitä, miten rakenne vaikuttaa käyttäytymisvaihtoehtoihin ja markkinoilla syntyviin tuloksiin. Toimijoilla on yleensä tulosodotuksia, jotka määrittelevät markkinakäyttäytymistä ja -rakenteita. (Virtanen 1998, 28.) SCP-mallissa markkinarakenteella tarkoitetaan markkinoiden organisatorista luonnetta. Rakenteet määrittelevät sen, kuinka myyjät käyttäytyvät markkinoilla yhdessä muiden myyjien, ostajien sekä potentiaalisen markkinoilla tulijoiden kanssa. (Bain 1964, 7.)

Kilpailun toimivuuden tärkeimmät tekijät ovat alalle tulon olosuhteet (Bain 1956, 46). Alalle tulon esteillä tarkoitetaan niitä tekijöitä, jotka alalle tuloa harkitsevan potentiaalisen kilpailijan näkökulmasta vähentävät kannustimia tulla markkinoille. Alalle tulon esteet hyödyttävät jo alalla

olevia myyjiä, sillä ne voivat yhtämittaisesti nostaa hintoja ilman, että se houkuttelee uusia toimijoita samoille markkinoille. (Bain 1956, 4–5.) Alalle tulo nähdään kannattavaksi silloin, kun tuotto-odotukset ovat suuremmat kuin alalle tuloon liittyvät riskit. Riskeissä on huomioitava myös se, että jo alalla olevat yritykset voivat ryhtyä strategiaan vastatoimenpiteisiin säilyttääkseen markkina-asemansa. Tällaisia vastatoimia ovat esimerkiksi hintojen alentaminen, jotta alalle tulon vaatimia investointeja ei saada kuoletettua. (Kuoppamäki 2012, 223.) Bainin (1956, 12) mukaan korkeat alalle tulon esteet liittyvät seuraaviin olosuhteisiin:

- Alalla olevilla yrityksillä on absoluuttisia kustannusetuja suhteessa potentiaaliin markkinoille tulijoihin nähden.
- Yrityksellä on tuotedifferentiaatiosta saatavia etuja. Tällä tarkoitetaan sitä, että tuote eroaa toisista markkinoilla olevista samantyyppisistä tuotteista, niin ettei sitä voida katsoa korvaavaksi tuotteeksi muiden markkinoilla olevien tuotteiden kanssa.
- Alalla esiintyy tuotannon laajuudesta koituvia hyötyjä eli skaalatuotannosta saatavia etuja. Lisäksi alalle tulo vaatii suuret investoinnit.

Markkinoille tulon esteisiin liittyy kiinteästi myös markkinoilta lähdön esteet. Mikäli markkinoilta lähdön kustannukset ovat korkeat, sillä voi olla merkittävä alalle tuloa rajoittava vaikutus. Markkinoilta poistuminen on kallista etenkin silloin, jos liiketoiminnan aloittamiseen uponneita kustannuksia ei saada takaisin esimerkiksi yritystoiminnan myynnillä. (Alkio & Wik 2009, 54.)

SCP-mallin teorian mukaan lähestyttäessä täydellisen kilpailun tilannetta markkinoiden suorituskyky kasvaa. Keskittymisen lisäksi yritysten voittojen kasvun selityksenä ovat korkeat alalle tulon esteet. Mikäli alalle pääsyn esteet ovat korkeat, toimialaa hallitsevien yritysten voitot kasvavat. Myös empiirisissä tutkimuksissa toimialan keskittymisen ja voittomarginaalin välillä on todettu olevan yhteys. Lisäksi markkinat, joille tulo on kallista, mahdollistavat useimmiten myös isommat voitot. (Monti 2007, 58.) Markkinoille tulon olosuhteilla on merkittävä vaikutus kilpailun luonteeseen ja toimivuuteen. Tämän vuoksi on tärkeää, että kilpailupolitiikalla voidaan edistää sellaisia olosuhteita, jotka lisäävät kilpailua ja pienentävät markkinoille tulon esteitä. (Bain 1956, 205.)

2.3.2 Markkinakäyttäytyminen

Bain (1964, 266) määrittelee markkinakäyttäytymisen toimenpiteiksi ne toimet, joita yritys harjoittaa yrittäessään sopeutua ja muuttaa markkinoita, joilla se toimii myyjänä tai ostajana. SCP-mallissa huomio kiinnitetään etenkin siihen, mikä on markkinakäyttäytymisen suhde markkinarakenteeseen ja markkinoiden suorituskykyyn. Mallin mukaan markkinoiden keskittyminen lisää yritysten välisen hintayhteistyön todennäköisyyttä. (Bain 1964, 9–11.) Virtanen (1998, 29) katsoo markkinakäyttäytymisen koostuvan sellaisten kilpailutekijöiden soveltamisesta, joita yritys voi lyhyellä aikavälillä muuttaa.

Yrityksen mahdollisuutta vaikuttaa hintaan ja kilpailuolosuhteisiin kuvataan markkinavoimalla. Markkinavoimalla tarkoitetaan yrityksen tai yritysjoukon mahdollisuutta nostaa hintoja, kuitenkin rajoittamatta tuotantoa sen määrän yläpuolelle, joka olisi vallinnut kilpailullisissa olosuhteissa. Markkinavoiman käyttö vähentää tuotantomäärää, mutta hintojen nousun kautta yritysten kannattavuus kuitenkin paranee. (Bishop & Walker 2010, 52–53.) Kilpailuoikeuden yhtenä tehtävänä on puuttua yritysten haitalliseen markkinavoimaan, jolloin myös toimivan kilpailun olosuhteet voidaan turvata (Kuoppamäki 2012, 9).

Markkinoilla olevien yritysten intressit ovat pääsääntöisesti vastakkaiset markkinoille pyrkivien kanssa. Markkinoilla olevat yritykset pyrkivät yleensä oman asemansa vahvistamiseen, joka suojaa niitä muilta jo markkinoilla olevilta kilpailijoilta sekä potentiaalisilta alalle tulijoilta. (Kanniainen 2001, 10.) Myyntikeskeisillä markkinoilla voidaan erottaa kaksi toisiinsa liittyvää käyttäytymisen muotoa. Ensimmäinen tarkastelee markkinoilla olevien yritysten välisiä suhteita ja niiden harjoittamaa yhteistyötä. Tässä tarkastelussa huomioidaan esimerkiksi kilpailijoiden toimenpiteiden vaikutusta yrityksiin. Käyttäytyminen voi olla itsenäistä tai kollektiivista, jolloin yritysten tavoitteena on turvata vakaa toimintaympäristö. Toiseksi markkinoilla voidaan tarkastella niitä toimintaperiaatteita ja keinoja, joita yksittäiset yritykset tai kollektiivisesti käyttäytyvä joukko yrityksiä huomioi päätösten ja toimiensa saavuttamisessa. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi hinnoittelu, työllistämisen ja tuotantopäätökset sekä tuotteen tai palvelun muotoilu ja alennuskampanjoihin käytettävät resurssit. (Bain 1964, 11, 267.)

2.3.3 Markkinoiden suorituskyky

Bainin (1964, 11) mukaan markkinoiden suorituskyky tarkoittaa kokonaistulosta yrityksen hintapäätöksistä, tuotantopanoksista, tuotantokustannuksista, myyntihinnasta ja tuotesuunnittelusta. Toisin sanoen markkinoiden suorituskyky nähdään kysynnän voimakkuutena tehdyille tuotteille tai toisinpäin tarjonnan onnistumisena vastaamaan kysyntään. SCP-mallin näkemyksen mukaan, mitä lähempänä markkinat ovat monopolistista rakennetta, sitä huonompi on markkinoiden suorituskyky. Bainin (1964, 12) mukaan pääperiaatteet markkinoiden suorituskyvyn arvioimiseksi ovat:

- myyntihinnan ja tuotantokustannusten suhde
- tuotannon suhteellinen tehokkuus
- markkinointikustannusten suhde tuotantoon
- tuotteen luonne, kuten muotoilu, laatu ja vastaavien tuotteiden määrä markkinoilla
- yrityksen ja toimialan edistyneisyys kehittää tuotetta sekä tuotantomenetelmiä kohtuullisin kustannuksin suhteessa saavutettavissa oleviin tuloksiin

Schererin ja Rossin (1990, 5) määrittelyssä toimialan suorituskyky sisältää sekä staattisen että dynaamisen tehokkuuden, työllisyyden ja tulonjaon oikeudenmukaisuuden. Staattinen tehokkuus tarkoittaa yritysten toiminnallista ja allokaatiivista tehokkuutta. Hyvä toiminnallinen tehokkuus toteutuu, kun tavarat ja palvelut tuotetaan olemassa olevan teknologian puitteissa minimikustannuksin. Allokatiivinen tehokkuus tarkoittaa resurssien mahdollisimman tehokasta kohdentumista, jolloin tuotannon rakenne vastaa mahdollisimman hyvin kuluttajien tarpeita ja hinnat ovat mahdollisimman lähellä tuotantokustannuksia. Tällaisten olosuhteiden toteutuminen edellyttää riittävän suuren joukon myyjiä ja ostajia markkinoilla sekä resurssien vapaan siirtyvyyden sektorilta toiselle. Toimiala on dynaamisesti tehokas silloin, kun kehityksen myötä markkinoilla syntyy uusia tuotteita ja tuotantomenetelmiä. Dynaaminen tehokkuus lisää usein myös hyvinvointia, jos tuotetut hyödykkeet vastaavat paremmin kuluttajien tarpeita ja samaan aikaan käytetyt tuotantomenetelmät tehostuvat. (Kuoppamäki 2012, 3; Linnosmaa 1992, 4.)

Eri markkinoiden ja toimialojen suorituskyvyn mittaaminen vaikuttaa myös julkisen vallan toimenpiteisiin. Suorituskyvyn arvioiminen ja mittaaminen pyrkii löytämään ne osa-alueet, joilla

tarvitaan julkisen vallan väliintuloa yleisen hyvinvoinnin edistämiseksi (Bain 1964, 12). Kilpailupolitiikka pyrkii puuttumaan haitallisen markkinavoiman syntymiseen, mutta tehokkuuden ja markkinavoiman suhde on usein ristiriitainen. Yleisten oletusten mukaan liiallinen markkinavoima vähentää allokatiivista ja dynaamista tehokkuutta. Skaalatuotannon eduista johtuen hyvän tehokkuuden saavuttaminen vaatii kuitenkin joissain tapauksissa suuren yrityskoon. Julkisen vallan ohjausta vaativien osa-alueiden tunnistaminen on kuitenkin vaikeaa, koska selkeiden mittareiden puuttuessa, tehokkuuden mittaaminen on monella toimialalla ongelmallista. (Kuoppamäki 2012, 9.)

Tuloksellisuuden lisäksi SCP-malli kertoo myös kilpailukyvystä. Usein hyvä taloudellinen tehokkuus saavutetaan kilpailukykyisellä markkinarakenteella ja onnistuneella strategialla. (Scherer 1970, 3–4). Markkinoiden toimivuus ja kilpailullisuus vaikuttavat keskeisesti kilpailukykyyn ja tuottavuuteen. Avoimilla kotimarkkinoilla kohdattu kilpailupaine pakottaa yritykset tehostamaan toimintaansa ja innovoimaan, mikä valmistaa yritykset menestymään myös kansainvälisessä kilpailussa. Kilpailun puute kotimarkkinoilla saattaa ohjata yrityksiä siirtämään omia kustannuksiaan hintoihin. Yhtäältä kilpailupuutteen vaikutuksesta yritys voi vältellä laadun kehittämiseksi ja tuottavuuden parantamiseksi tehtäviä toimenpiteitä. (Porter 1990, 67–68.)

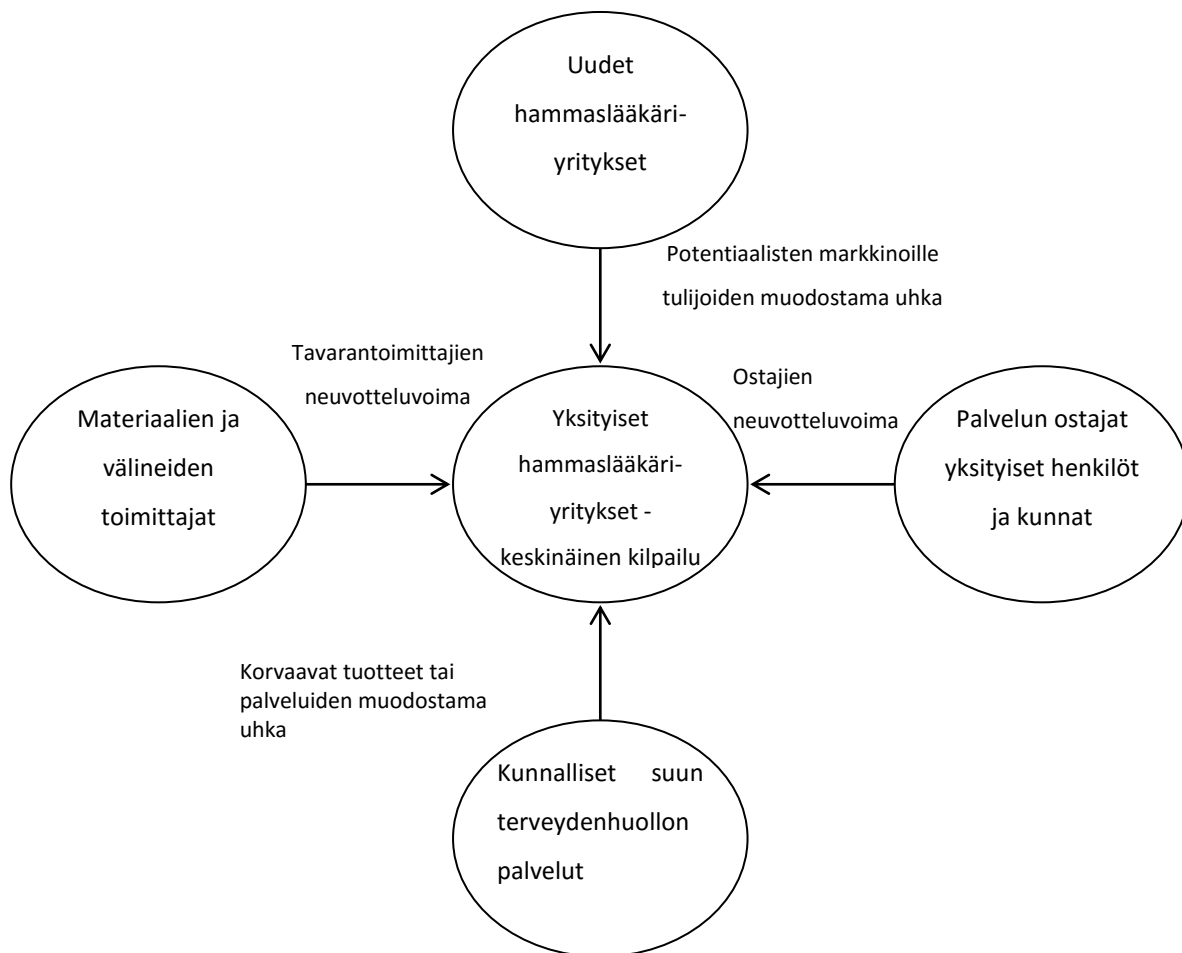
2.4 Markkinoiden toiminta ja Porterin viisi voimaa

Toimialan kilpailun tarkastelua SCP-tutkimusmenetelmän kautta täydennetään tässä tutkimuksessa Porterin viiden kilpailuvoiman -mallilla. Viiden voiman malli kuvaa samoja markkinoiden toiminnan kannalta olennaisia asioita kuin edellä esitetty SCP-malli. Michael Porterin työt kilpailustrategiasta ja kilpailueduista ovat vaikuttaneet toimialatutkimuksen suuntautumiseen yrityksen strategisten valintojen ja menestyksen välisen yhteyden tutkimiseen. Porterilaisessa markkinoiden toiminnan tarkastelussa keskitytään SCP-mallia enemmän kilpailutilanteen arviointiin ja kilpailustrategian luomiseen yrityksen näkökulmasta. Näiden viiden voiman: uusien alalle tulijoiden uhka, korvaavien hyödykkeiden muodostama uhka, ostajien neuvotteluvoima, tavarantoimittajien neuvotteluvoima sekä alalla olevien toimijoiden kilpailu määrittelevät yrityksen kilpailukyvyyn toimialalla. (Porter 1998, 4.)

Toimialan sisäisellä kilpailulla tarkoitetaan niiden kilpailijoiden joukkoa, jotka tuottavat samankaltaisia keskenään kilpailevia tuotteita tai palveluita. Eniten sisäiseen kilpailuun vaikuttaa

uusien alalle tulijoiden uhka, jonka suuruuteen taas vaikuttavat alalle tulon esteet. Toimittajien ja ostajien tavoitteena on neuvotteluvoiman avulla pyrkiä mahdollisimman hyviin tuottoihin. Korvaavien tavaroiden tai palvelujen uhka rajoittaa toimialan yritysten mahdollisuuksia nostaa hintaa, koska hintojen noustessa substituuhtihyödykkeiden määrä kasvaa. (Porter 1990, 33–35.)

Porterin viiden voiman mallin avulla kuvataan tässä yhteydessä suun terveydenhuollon markkinoita (kuvio 3). Suun terveystalveluihin sovitettuna viisi voimaa ovat toimialan sisäinen kilpailu, uudet suun terveydenhuollon yritykset, kunnallisen suun terveydenhuollon tarjonta, suunterveyspalveluja ostavien asiakkaiden valta ja toimittajien valta. Yksityisten kuluttajien sekä kuntien toiminnan vaikutus on suuressa roolissa markkinoilla ja toimialan sisäisen kilpailun syntymisessä. Suun terveydenhuollon toimialalle tulevat yritykset kilpailevat toimialan sisällä asiakkaista ja kuntien palvelusopimuksista.



KUVIO 3 Porterin viiden voiman malli suun terveydenhuollon kilpailussa

3 KILPAILU TERVEYDENHUOLLOSSA

Vapaan markkinakilpailun soveltaminen terveydenhuoltoon aiheuttaa useita ristiriitoja. Kilpailun mukanaan tuomien etujen saavuttamiseksi markkinoilla tarvitaan aina jossain määrin julkisen vallan sääntelyä ja ohjausta. Kilpailun soveltuvuudesta ja käyttökelpoisuudesta terveydenhuollossa löytyy Langabeerin ja Ozcanin (2009) mukaan kahden eri näkökulman edustajia. Toisella puolella on näkemys, että terveydenhuollon organisaatioiden tulisi kilpailla samalla tavalla kuin muidenkin yritysten, koska kilpailu on tuottavaa, ja intensiivinen kilpailu terveydenhuollossa mahdollistaa paremmat tulokset. Toinen näkemys on, että kilpailu ei sovi terveydenhuoltoon. Tämän näkökulman mukaan etenkin tiedon epäsymmetria haittaa kilpailua terveydenhuollossa. Tällä tarkoitetaan sitä, että lähtökohtaisesti lääkäriellä on aina parempi tieto potilaan tarvitseman hoidon tehokkuudesta ja hinnasta kuin potilaalla itsellään. Kilpailun sopimattomuutta terveydenhuoltoon perustellaan myös sillä, että kilpailu tuo mukanaan yritysten välisen kilpavarustelun, joka kasvattaa tarpeettomasti terveydenhuollon kustannuksia. (Langabeer & Ozcan 2009, 192–193.)

3.1 Terveyspalvelujen erityispiirteet

Terveys eroaa merkittävästi muista taloustieteen tutkimuskohteista. Terveydenhuollon markkinoihin liittyy siten erityispiirteitä, jotka estävät niiden suoran vertaamisen tavallisten kulutushyödykkeiden markkinoihin. Terveyspalvelumarkkinat muodostuvat isosta joukosta erilaisia ja monimutkaisia palveluita, mikä tekee kokonaisuuden hallinnasta vaikeaa. Tilannetta mutkistaa myös ostopäätöksen eriytyminen käyttäjästä esimerkiksi silloin, kun palvelun ostopäätöksen tekee kunta, sairaanhoitopiiri, kuntayhtymä tai jokin muu julkinen toimija. Tämä johtaa terveyspalveluissa esiintyvään agentti-päämiesongelmaa, jossa asiakaan ja tuottajan intressit eroavat maksajatahon intressistä. (STM 2012, 17.) Toisin kuin tavallisilla hyödykemarkkinoilla terveyspalveluiden hintojen määräytymiseen vaikuttavat kysynnän ja tarjonnan lisäksi muutkin tekijät. Kotimaan terveyspalvelumarkkinoilla hintakehitykseen ovat vaikuttaneet muun muassa lääkäripulasta johtuva lääkäreiden ansiotason nousu ja palvelujen kilpailuttamisprosessit, joissa palvelun laatu ja saatavuus ovat korostuneet (Mikkola 2009, 9). Myös terveydenhuollon hinnoittelukäytännöt eroavat tavanomaisten hyödykkeiden markkinoista, koska pienituloiset voivat saada palveluita ilmaiseksi (Valtonen, Kankaanpää & Linnosmaa 2010, 87–88).

Terveyspalvelujen kysyntä eroaa luonteeltaan muiden hyödykkeiden kysynnästä, koska palveluiden tarve on useimmiten vaikeasti ennakoitavissa ja se on epäsäännöllistä. Terveyspalveluiden kysyntätilanteeseen liittyy usein myös riski tulojen menetyksestä. Kuoleman tai yleisemmin sairaiden tai osittaisen toimintakyvyn menettämisen seurauksena palvelun käyttäjän ansaintakyky heikkenee. (Arrow 1963, 948–949.) Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tarjonta sekä palveluiden markkinointi vaikuttavat kysynnän voimakkuuteen. Lisäksi kysyntään vaikuttavat lainsäädännössä määritellyt kansalaisten oikeudet terveyspalvelujen käyttöön. Luonnollisesti palveluiden kysyntä kasvaa, kun kuntien lakisääteiset velvoitteet tarjota terveyspalveluita lisääntyvät. (STM 2007, 13.)

Terveyspalvelujen tuottajilta odotetaan erilaista käyttäytymistä kuin tavallisilta liikeyrityksiltä. Lääkärin ammatinharjoittamiseen kohdistuu paljon eettisiä rajoitteita, ja yleisten normien mukaan lääkärin toimintaa ohjaa kokonaisvaltainen huoli potilaan terveydestä. Terveystenhoidossa vallitsee yhteinen tavoite ja palvelun tuottajan pyyteettömyys, joka erottaa sen muista palvelualoista. Lääkäreiden keskuudessa mainostamisen ja hintakilpailun katsotaan olevan lähes olematonta. Sen sijaan heidän uskotaan neuvovan ja tarjoavan palveluita nimenomaan potilaan parhaaksi sekä kertovan asioista totuudenmukaisesti. (Arrow 1963, 949.)

Terveyspalveluissa kilpailullisten markkinoiden toimintaa vaikeuttavat hoidon ulkoisvaikutukset. Ulkoisvaikutuksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että yhden henkilön käyttämästä terveyspalvelusta hyötyvät myös muut kuin henkilö itse. Yleisin esimerkki tällaisesta hyödystä on tarttuvien tautien ehkäisy, jossa jokainen henkilö hyötyy siitä, kun muiden riskiä sairastua tarttuvaan tautiin pienennetään. (Arrow 1963, 944.) Suun terveydenhuollossa ulkoisvaikutuksilla ei kuitenkaan ole merkittävää vaikutusta markkinoiden toimintaan, koska markkinat toimivat käytännössä jokaisen yksittäisen henkilön valintojen perusteella.

Hammashoidon ja yleisen terveydenhoidon eroja on käsitelty kirjallisuudessa suhteellisen vähän. Hammassairaudet ja hammashuollon järjestäminen eroavat käytännössä melko vähän yleisestä terveydenhuollosta, mutta toimialan markkinoiden ja kilpailun ymmärtämiseksi tässä yhteydessä erotellaan kuitenkin joitakin suun terveydenhuollon erityispiirteitä. Terveystenhoidon hyödykkeiden kysynnän ennakoimattomuus ja epäsäännöllisyys palveluiden tarpeessa eivät Sintosen ja Linnosmaan (2000) mukaan näyttäytyä yhtä vahvasti hammashoidossa kuin muissa

terveyspalveluissa. Hammashoidossa hoidettavia sairauksia on vähemmän ja niiden esiintymistä on huomattavasti helpompi ennakoida. Toisaalta hammashoidossa asiakkaille tehdään usein monta kertaa samoja toimenpiteitä heidän elämänsä aikana, jolloin palvelun laadusta muodostuu ennakkokäsitys. Yhtäältä hammashoidossa sairaudet ovat suhteellisen helposti diagnosoitavissa muun muassa röntgentutkimusten avulla. Hammashoidossa suun sairauksien ehkäisy on myös helpompaa kuin terveydenhoidossa yleisesti. Lisäksi hammashoito on harvoin luonteeltaan kiireellisesti hoidettavaa, eivätkä sairaudet usein uhkaa vakavasti henkilön terveyttä, jolloin käyttäjällä on enemmän aikaa suunnitella hampaidensa hoitoa verrattuna muihin terveydenhuollon palveluihin. Tämän vuoksi myös palvelun tuottajan valinta on vapaampaa ja helpompaa. Teoriassa palveluiden hinnoissa tulisi olla myös hintajoustoa, jolla tarkoitetaan sitä, että palveluiden kysyntä nousee hintojen laskiessa ja vähentyy hintojen noustessa. (Sintonen & Linnosmaa 2000, 1254.)

3.2 Terveyden ja liiketoiminnan etiikoiden yhteensovittaminen

Kilpailun soveltuvuudessa terveydenhuoltoon on useita ongelmia, jonka vuoksi aiheeseen on useita erilaisia näkökulmia. Terveydenhuollon kysyntään ja tarjontaan sekä itse palveluun liittyy erityispiirteitä, joiden vuoksi perinteiset liiketoiminnan mallit eivät suoraan sovellu siihen. Onko edes mahdollista yhdistää liiketoimintatavoitteet, liiketoiminnan etiikka ja terveydenhuollon arvot? Muun muassa Toenjes (2002) esittää huolensa terveydenhuollon kehittymisestä ammatillisesta terveyden edistämisestä kohti tulorientoitunutta tehokkuuden tavoittelua. Hän näkee liiketoiminnallisten motiivien ja liiketoimintaetiikan ohjaavan hoidollisia toimenpiteitä, jolloin hoidon tuloksellisuus ja instituution arvo määrittyvät ensisijaisesti rahassa. (Toenjes 2000, 119–120.)

Keskustelua liiketoiminnan ja terveydenhuollon etiikoiden yhteensovittamisesta on käyty myös siitä näkökulmasta, tulisiko liiketoiminnasta tai potilaiden hoidosta vastaavalla toimijalla olla muitakin kuin näihin toimintoihin liittyviä tavoitteita (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Pelkonen 2007, 33). Andre (1999, 290) pohtii artikkelissaan, ovatko liiketoiminnan ja terveydenhuollon etiikat lopulta perustavanlaatuisesti erilaisia. Hän kumoo näkemyksen siitä, että yrityksen ensisijainen sosiaalinen vastuu on voiton maksimointi. Andren mukaan liiketoimintayrityksetkään eivät voi hamuta voittoa hinnalla millä hyvänsä, vaan toiminnassa on huomioitava päätösten merkitys muun muassa työntekijöille, asiakkaille ja ympäristölle. Myös Toenjes (2002, 123)

huomauttaa, että lainsäädäntö ja eettiset velvoitteet ovat laajentuneet kattamaan sosiaalista vastuuta muun muassa työllisyydestä, luotettavista tuotteista, ympäristönsuojelusta sekä joukosta muita arvoja yhdessä voitontavoittelun kanssa.

Yksityisen voittoa tavoittelevan palvelutuotannon rooli on kasvanut myös terveystalouksissa. Tämän seurauksena liiketoimintatavoitteiden ja terveydenhuollon keskeisten arvojen yhdistäminen on ajankohtainen aihe. Kehityssuunnan uskotaan johtavan esimerkiksi muutoksiin käsityksissä terveydenhuollon arvon määrittämisestä. (Okko ym. 2007, 32.) Uuden näkökulman terveydenhuollon arvosta esittävät Porter ja Olmsted Teisberg (2006), jotka hahmottelevat strategisen viitekehyksen tulevaisuuden terveydenhuollolle. Porterin ja Olmsted Teisbergin ihannemalli ”value-based health care” perustuu ajatukseen, että terveydenhuollossa arvo on potilaille tai sairastumisvaarassa oleville tuotettu terveys suhteutettuna käytettävissä oleviin voimavaroihin. Tutkijoiden mukaan nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä tärkeimpänä tuotoksena on hoito, ei terveys. Terveydenhuollon kilpailun lähtökohdaksi he näkevät paremmuuden arvon tuottamisessa, joka rohkaisee samalla rakenteellisiin uudistuksiin. Arvoon perustuvassa terveydenhoidossa korostuvat myös hoidon järjestäminen yhtenä kokonaisuutena, ei pilkottuna erillään tuotettuina ja rahoitettuina osina. Arvon tuottaminen vaatii kuitenkin, että kukin tuottajaorganisaatio järjestää riittävän suuren määrän palveluita. (Porter & Olmsted Teisberg 2006, 4–5.)

Liiketoiminnan ja terveydenhuollon yhteensopivuudesta on esitetty vaihtelevia näkemyksiä. Andren (1999, 291) mukaan vastuullinen liiketoiminta ja terveydenhuolto on mahdollista yhdistää. Hänen mukaansa taloudellisten voimien vaikutus on kuitenkin vahva ja etenkin paljon kilpailluilla markkinoilla niiden merkitys vahvistuu, jolloin tarvitaan sääntelyä. Toenjes (2002, 126) jakaa liiketoiminnan ja terveydenhuollon toimintamallien yhdistämistä vaikeuttavat ristiriidat kahteen tasoon, joita ovat ymmärretyt (perceived) ja perustavanlaatuiset (fundamental) ristiriidat. Perustavanlaatuisia ristiriitoja on neljä, joista ensimmäinen koskee asiakkaiden tiedon puutetta ja olosuhteita. Tiedon puute ja olosuhteet vaikuttavat siihen, ettei potilailla käytännössä ei ole mahdollista valita parhaiten sopivia palveluja. Toiseksi kaikilla ei ole varaa ostaa sitä palvelua, jonka he tarvitsevat. Hinnasta neuvottelu tapahtuu usein kolmannen osapuolen kanssa, joka myös maksaa osin tai kokonaan palvelun asiakkaan puolesta. Kolmanneksi palveluntuottajia ohjaavat ammatilliset käyttäytymissäännöt, joiden tarkoituksena on parantaa potilas kaikilla mahdollisilla keinoilla. Neljänneksi voittoa tavoittelevat tuottajat yhdessä voittoa tavoittelevien maksajien, kuten

vakuutusyhtiöiden kanssa, neuvottelevat tuottajan ja potilaan kanssa, joiden neuvotteluvoima on rajallinen. Nämä ristiriidat tiivistävät sen, minkä takia kilpailu terveydenhuollon markkinoilla ei voi toimia perinteisten markkinaperiaatteiden mukaan.

3.3 Kilpailun toimivuudesta terveystalveissa

Pelkästään kilpailun olemassaolo ei tee terveystalveista tehokkaita ja vaikuttavia. Vaikutusta on sillä miten kilpaillaan. Terveydenhuoltotalvelujen kilpailun tarkastelussa tulee verrata kilpailua siihen missä ja miten kilpailu tuottaa parasta mahdollista hyvinvointia. (Okko ym. 2007, 56.) Kilpailu itsessään ei aina tuo tehokkuutta ja parempaa laatua, kuten Porter ja Olmsted Teisberg (2004) huomauttavat. He toteavat terveydenhuoltojärjestelmän kilpailun Yhdysvalloissa olleen syynä terveydenhuollon kustannusten nousuun. Yhdysvalloissa hintojen nousu ei ole vaikuttanut laadun parantumiseen, minkä lisäksi tuottajien välillä on suuria ja selittämättömiä eroja sekä kustannuksissa että laadussa. Kilpailusta huolimatta Yhdysvalloissa hoidon laatuero ovat pitkäkestoisia, koska parhaiden käytäntöjen leviäminen on hidasta. Lisäksi tärkeät vaikuttajaryhmät pitävät innovaatioita jopa enemmän ongelmana kuin menestystekijänä. Silti tutkijat pitävät valtion määräämää järjestelmää tai yhden yrityksen markkinoita huonona yritysten suorituskyvyn kannalta. Porter ja Olmsted Teisberg näkevät, että kilpailu on edelleen ratkaisu ongelmiin, kunhan se on oikeanlaista. Heidän näkemyksensä mukaan terveydenhuollon kilpailu tapahtuu väärällä tasolla, vääristä asioista, väärillä alueellisilla markkinoilla ja väärään aikaan. (Porter & Olmsted Teisberg 2004, 65–66.)

Tuotannon skaalaedut voivat myös vaikuttaa negatiivisesti terveydenhuollon markkinoihin. Kun tuotantoyksikön koon kasvu tehostaa tuotantoa, tällöin yritystoiminta ei ole kannattavaa harvaan asutuilla alueilla. Kustannusten minimoimiseksi erikoistunut henkilökunta ja laitteet vaativat usein suurta skaalatuotantoa. (Valtonen ym. 2010, 85–86.) Porterin ja Olmsted Teisbergin mainitseman väärin alueellisten markkinoiden ongelmana on nimenomaan terveydenhuollon kilpailun liiallinen paikallisuus. Toimivuuden kannalta kilpailun tulisi tapahtua alueellisesti tai valtakunnallisesti. Riittävän laajalla alueella toimijoita on enemmän ja myös erikoishoitoa tarjoavat yksiköt voivat menestyä siellä. Lisäksi toiston kautta tuleva osaaminen ja tehokkuus lisääntyvät laajoilla markkinoilla. (Porter & Olmsted Teisberg 2004, 68.) Toisaalta Bresnahan ja Reiss (1991) havaitsivat tutkimuksessaan, että lääkäripalveluiden markkinat muuttuivat kilpailullisiksi jo toisen

tai kolmannen yrityksen tullessa markkinoille. Muutosta markkinoiden kilpailullisuudessa ei juuri tapahtunut enää kolmannen ja viidennen yrityksen markkinoille tulon jälkeen. Tutkijat havaitsivat yritysten kilpailukäyttäytymisessä eniten muutoksia alle viiden yrityksen markkinoilla, jonka jälkeen muutokset koko ajan vähenivät. (Bresnahan ja Reiss 1991.)

Valinnanvapaudella tavoitellaan toimivaa kilpailua terveyspalveluissa. Oikeudenmukaiset kilpailuolosuhteet varmistetaan kilpailuvalvonnalla, joka puuttuu toimijoiden haitalliseen käyttäytymiseen, liialliseen keskittymiseen ja markkinoita vääristäviin toimintatapoihin. Alueellisesti tai valtakunnallisesti tapahtuva kilpailu takaa paikallista kilpailua paremmat edellytykset myös terveydenhuollon valinnanvapaudelle. Suuremmat markkinat mahdollistavat kilpailun siellä, missä ei aikaisemmin ole ollut tarpeeksi resursseja palvelujen järjestämiseksi. (Porter & Olmsted Teisberg 2004, 73.) Palvelun käyttäjien lisääntynyt valinnanvapaus voi aiheuttaa tuottajien välille haitallista kilpavarustelua. Tällä tarkoitetaan tuottajien tekemiä liiallisia tai turhia investointeja, esimerkiksi lääkäreihin, hoitajiin, laitteisiin tai oheispalveluihin. Nämä investoinnit maksavat suhteessa enemmän kuin niistä koituu potilaille hyötyä. Vaikka lisääntyvässä kilpailussa palvelut kehittyvät, yhteiskunnan kannalta ei ole hyödyllistä, jos kilpailu johtaa tuottajien väliseen varustelukilpailuun. Kun potilaiden valinnanvapautta lisätään, on huomioitava sen vaikutukset tuottajien investointeihin. Lisäksi valinnanvapauden edistäminen voi aiheuttaa ruuhkia toiselle terveysasemalle, jolloin joidenkin potilaiden terveydentila voi tämän takia heikentyä. Aiheutuneita seurauksia pitää arvioida, jotta terveydenhuollon kustannukset eivät nouse kilpailijoiden turhien investointien takia. (Saxell 2014, 1.)

Kilpailu vääristä asioista tarkoittaa osapuolten neuvotteluvoimaa vahvistavaa kilpailua. Terveyspalvelujen tuottajat kilpailevat vuosittain asiakassopimuksista. Tämä rajoittaa tuottajien välistä hoidolla ja sen laadulla kilpailua. Sopimusten keston rajoittaminen vuoteen kannustaa maksajia ja työntekijöitä lyhyentähtäimen toimenpiteisiin ennemmin kuin pitkällä aikavälillä arvoa tuottaviin investointeihin. Terveyspalveluiden tuottaminen ei ole tehokkaampaa, mitä enemmän potilaita hoidetaan, vaan potilaat hoidetaan edelleen yksi kerrallaan kunkin henkilön tarpeiden mukaan. Tutkijat uskovat, että kustannusten siirtäminen neuvotteluvoiman avulla heikommalle osapuolelle nostaa lopulta kaikkien toimijoiden kustannuksia. (Porter & Olmsted Teisberg 2004, 67–68.) Kilpailun suuntaamista tässä tarkoitettuihin oikeisiin asioihin voidaan edistää lisäämällä potilaiden valinnanvapautta. Voidaan olettaa, että valinnanvapauden myötä lisääntyvä kilpailu vaatii terveyspalveluiden tuottajilta entistä parempien lääkärin palkkaamista, korkeatasoista

laitteistoa ja hoitoa sekä parempaa asiakaspalvelua ja markkinointia, jotta ne menestyvät kilpailussa. (Saxell 2014, 1–3.)

Kilpailun väärällä tasolla tarkoitetaan sitä, että kilpailu tapahtuu suunnitelmien, verkostojen ja sairaalaryhmien tasolla. Kun sen pitäisi tapahtua sairauksien ehkäisyssä, diagnosoinnissa ja hoidossa. Vaikuttimena ei useinkaan ole kokonaiskustannusten vähentäminen, vaan järjestelmän välikäsilte ja työntekijöille tulevien kustannusten pienentäminen. Kannustimena tulisi olla hoidon laadun kehittäminen, jota mitataan sairauksien ja hoidon tasossa. (Porter & Olmsted Teisberg 2004, 67.)

Kuten muillakin toimialoilla, myös terveydenhuollossa yksi kilpailun muodoista on hintakilpailu. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Keeler, Melnick & Zwanziger 1999, 69–70) sairaaloiden hintakilpailun todettiin johtavan tehostamistoimiin ja sairaaloiden yhdistymisiin. Devers, Brewster ja Lawrence (2003) havaitsivat yhdysvaltalaisten sairaaloiden kilpailustrategisten painotusten muuttuneen merkittävästi vuosien 1996–1997 ja 2000–2001 välillä. Sairaalat kilpailivat 1990-luvun puolivälissä ensisijaisesti hinnalla, esimerkiksi tarjoamalla palveluita, jotka tukivat managed care -suunnitelmia. Managed care -toimintamallissa asiakas saa terveydenhuollon, siitä terveydenhuollon organisaatiosta, jonka kautta vakuutus sen järjestää. Vastaavasti 2000-luvulle tultaessa sairaalat kiinnittivät yhä enemmän huomiota hinnan lisäksi myös muihin tekijöihin, ja myyntistrategioilla oli suuri merkitys. Palveluntuottajille oli tärkeää muun muassa osaavan henkilökunnan ja maksukykyisten potilaiden houkutteleva. Tutkijoiden mukaan tätä muutosta selittävät valikoivan sopimisen ja kapitaatiokorvausten ennakoitua pienemmät maksut, sairaaloiden yhdistymisen kautta vapautuneet resurssit sekä uusien kilpailijoiden ilmaantuminen alalle ja niiden kasvaminen. (Devers ym. 2003, 447.) Kapitaatiokorvauksella tarkoitetaan palveluntuottajalle maksettua korvausta hoitovastuulla olevien asukkaiden määrän mukaan tarvetekijät huomioiden. Korvaus kannustaa hoidon laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen, koska se ei ole riippuvainen annettujen palveluiden määrästä. (Paasovaara, Melin, Tuominen-Thuesen & Juntunen 2012.)

Mikkola (2009) tutki kilpailun ja kilpailuttamisprosessien toimivuutta lääkäripalveluissa. Tutkimuksen perusteella kilpailu toimi päivystyslääkäripalveluissa paremmin kuin päivälääkäripalveluissa. Kilpailuttamisesta saatu kokemus päivystyslääkäripalveluissa on todennäköisesti vaikuttanut palveluiden maltilliseen hintakehitykseen. Tutkimuksessa saatiin viitteitä myös siitä, että kuntien tekemät kilpailutukset ovat nostaneet hintoja. Mikkolan mukaan

kilpailun toimivuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Kilpailun toimivuuden arvio oli parempi yliopistosairaanhoitopiireissä kuin muualla. Tulosten perusteella lääkäreiden määrä vaikuttaa kilpailun toimivuuteen enemmän kuin väestön määrä tai sijainti. (Mikkola 2009. 9–10.)

Kilpailun toimivuus edellyttää toiminnan läpinäkyvyyttä. Valinnan vapauden lisääminen terveyspalveluissa vaatii, että tietoa eri vaihtoehtoista on riittävästi saatavilla, sillä käyttäjät valitsevat terveyspalvelut useiden vaihtoehtojen joukosta. Dadi, Hiilamo ja Mikkola (2011) havaitsivat etenkin yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen tuottajien hintatietojen saatavuudessa puutteita. Tutkimuksen mukaan vertailukelpoisten hintatietojen saatavuus on parantunut hieman palvelusetelien käyttöönoton myötä. Yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen hintatietoja löytyy yleensä internetistä niistä toimijoista, jotka kunta on hyväksynyt sopimustuottajiksi. (Dadi ym. 2011, 27.) Myös Porter ja Olmsted Teisberg (2004, 73) esittävät terveydenhuollon toimivan kilpailun edellytyksenä informaation helpon saatavuuden ja vertailun. Kansalaisten tarve saada tietoa terveyspalvelujen saatavuudesta, laadusta, hinnoista ja kustannuksista on kasvanut, kun perinteinen potilaan rooli on muuttunut siten, että nykyisin terveyspalvelun käyttäjä on ennemminkin asiakas kuin potilas. (Willberg & Valtonen 2007, 24–28.)

3.4 Kansainvälisiä käytäntöjä terveyspalvelujen tuottamisesta

Kansainvälisessä keskustelussa on viime vuosina korostettu, että kuluttajan valinnanvapautta edistämällä saavutetaan kilpailuhyötyjä ja parannetaan hyvinvointipalvelujen tuottavuutta (esim. Le Grand 2007). Seuraavaksi käydään läpi muutaman eri maan terveydenhuoltojärjestelmät, joissa terveyspalvelujen tuotanto nojaa vahvasti markkinoiden ja kilpailun varaan rakentuvaan järjestelmään.

Suomalaisessa terveydenhuoltokeskustelussa viitataan usein Ruotsin terveydenhuollon raha seuraa potilasta -järjestämismalliin. Tällä tarkoitetaan terveydenhuollon järjestämismallia, jossa potilas voi valita hyväksytyistä palveluntuottajista itsellensä sopivimman. Raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja maksettu korvaus on aina samasta palvelusta samansuuruinen. Ruotsissa maakäräjät hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat (julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot) neutraalilla hyväksymismenettelyllä. Maakäräjäalueilla on velvollisuus järjestää perusterveydenhuollon palvelut valinnanvapausjärjestelmän puitteissa. Terveyspalveluissa

asiakkaan valinnanvapautta korostavan toimintamallin on katsottu lisäävän tehokkuutta, laatua ja terveydenhuoltojärjestelmän kykyä vastata ihmisten tarpeisiin. Potilaan mahdollisuus palveluntuottajan vaihtamiseen saa tuottajat panostamaan annettuun hoitoon, koska menetetty potilas vie mukanaan myös tuloja. Ruotsin järjestelmässä tuottajien välisen kilpailun odotetaan kohdistuvan ensisijaisesti palvelun laatuun, jolloin hyvä laatu tuo tuottajille lisää potilaita ja siten, myös taloudellista hyötyä. (Tuorila 2015, 38.) Toimiakseen valinnanvapauteen perustuva järjestelmä tarvitsee riittävän määrän palveluntuottajia, joista potilaalla on mahdollisuus valita haluamansa palveluntarjoaja. Lisäksi yhtä tärkeää on ihmisten kiinnostus ja informointi, jotta he kykenevät tekemään perustellun valinnan terveyspalvelun tuottajasta. Järjestelmän negatiivisena puolena on sen mahdollistama epätasa-arvo hoitopääsyssä. Palveluntuottajan valintaan vaikuttavat potilaan mahdollisuudet ja valmiudet etsiä tietoa eri lähteistä ja suorittaa vertailua tuottajien välillä. Tämän lisäksi potilailla, joilla on mahdollisuus matkustaa hoidon perässä, on suurempi valinnanvapaus kuin niillä, jotka pystyvät valitsemaan vain paikallisten tuottajien joukosta. (Glenngård, Anell & Beckman 2011, 32.) Kritiikistä huolimatta kuuden vuoden perusteella Ruotsin kokemukset valinnanvapausuudistuksesta ovat olleet pääosin positiivisia. Alalle pääsy on helpottunut, terveyspalvelujen tuottajien määrä on lisääntynyt ja tarjonta monipuolistunut. Yhtäältä hoidon saatavuus on parantunut ja kansalaiset arvostavat valintamahdollisuutta. (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015, 27.)

Yhdysvaltain terveydenhuollossa yleistyi 1980-luvulla vakuutuksiin perustuva managed care -järjestelmä. Järjestelmä perustuu siihen, että valitessaan vakuutusta kansalaiset ilmoittautuvat asiakkaaksi johonkin isoista terveydenhuolto-organisaatioista. Terveydenhuolto-organisaatio taas sitoutuu vakuutuksen perusteella järjestämään terveyspalvelut asiakkaille, jotka ovat valinneet sen palveluidensa tuottajaksi. Tällä pyritään samalla sekä terveydenhuollon kustannusten hillintään että laadukkaaseen palvelun toteutukseen. Myös Euroopassa terveydenhuoltojärjestelmien uudistamisessa on otettu mallia Yhdysvalloista. Säännelty kilpailu (regulated competition) onkin yleistynyt eurooppalaisten terveydenhuollossa. Säänneltyyn kilpailuun perustuvissa järjestelmissä keskushallinnon roolina on säännellä terveyspalvelumarkkinoita siten, että vakuutusyhtiö tekee palvelun kilpailutuksen kuluttajan puolesta. Managed competition -toimintatavalla tarkoitetaan terveyspalveluntarjonnan keskittymistä itsenäisille vakuutuksen tarjoajille, jotka kilpailevat lainsäädännön asettamissa puitteissa. Sääntely sisältää pääasiassa vapaan pääsyn markkinoille, vakuutusmaksun määrän rajoittamisen sekä riskin säätelyn vakuuttajien välillä. Järjestelmällä pyritään kannustamaan terveyspalvelun tuottajia tehokkaampien toimintatapojen etsimiseen ja

kuluttajien tarpeisiin vastaamiseen. Samalla tarjonnassa tulisi kuitenkin korostua palvelun laatu, solidaarisuus sekä tasa-arvo hoitoon pääsyssä. (Shmueli, Stamb, Wasemd & Trottmann 2015.)

Lopuksi tarkastellaan Alankomaiden tilannetta, jossa on irtauduttu tarjontaperusteisesta säätelystä terveyspalveluissa ja siirrytty edellä mainittuun managed competition -järjestämistapaan. Vuoden 2006 alussa maassa otettiin käyttöön pakollinen perusvakuutuspaketti sosiaali- ja terveyspalveluissa. Alankomaiden lainsäädäntö velvoittaa kaikki henkilöt, jotka virallisesti asuvat tai työskentelevät maassa, ostamaan henkilökohtaisen terveysvakuutuksen. Vakuutus sisältää pakolliset terveyspalvelut yksityisiltä vakuutusyhtiöiltä. Vakuutusyhtiöt neuvottelevat tuottajien kanssa sopimuksista, jotka sisältävät ehdot muun muassa palvelujen hinnoista ja odotusajoista. Vakuutusmaksusta maksetaan tulojen perusteella veroluonteisena maksuna osa, jonka lisäksi jokaisen aikuisen on maksettava lisähinta vielä valitsemalleen vakuutusyhtiölle. Jokainen vakuutusyhtiö asettaa oman perushintansa. Lisäksi vakuutusyhtiöt saavat tasausrahastosta (Risk Equalization Fund, REF) lisärahaa korkean riskin asiakkaista. Matalan riskin potilaista yhtiöt taas maksavat lisäkorvausta rahastolle. (Van de Ven & Schut 2008.)

4 SUUN TERVEYDENHUOLLON MARKKINAYMPÄRISTÖ SUOMESSA

4.1 Palvelutarjonnan laajentuminen

Suun terveydenhuollossa yksityisen sektorin rooli palveluiden tuottajana on huomattavasti suurempi kuin muissa terveyspalveluissa. Suomessa ja muissa pohjoismaissa yksityinen ja julkinen sektori toimivat hammashoidon palveluissa rinnakkain erillisinä järjestelminä. (Mikkola, Widström, Jauhiainen & Vesivalo 2005, 15.) Julkista hammashoitoa on kehitetty 1950-luvulta alkaen, aluksi kouluhammashoidon lähtökohdista. Tämän jälkeen yhteiskunnan korvaamat hammashoitopalvelut laajenivat vähitellen kaikkien ikäluokkien saataville (taulukko 1). Julkisesti tuetun hammashoidon laajeneminen oli kuitenkin suhteellisen hidasta, eikä sillä pystytty vastaamaan koko hoidon tarpeen muutoksiin. (Widström & Mikkola 2008, 147.) Kansanterveyslaki ulotti hammashoidon järjestämisen kuntien vastuulle vuonna 1972. Yhteiskunta laajensi tukensa 1980-luvun puolivälissä myös nuorten aikuisten käyttämiin yksityisiin hammaslääkäripalveluihin. Lopulta hammashoitouudistuksen toteutuminen vuosien 2001–2002 aikana ulotti julkisen hammashoidon kaikille ikäryhmille. (HE 149/2000; HE 155/2000.) Hoitotakuusäännökset tulivat voimaan vuonna 2005 ja täsmensivät hammashuoltopalvelujen valtionohjausta. Hoitotakuun mukaan hammashoitoon tulee päästä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteutamisesta. (HE 77/2004; Widström & Mikkola 2008, 149.)

Ennen hammashoitouudistusta palveluiden saatavuus terveyskeskuksista ja yksityisistä hoitopaikoista vaihteli merkittävästi eri alueilla. Laajin palvelujen tarjonta oli harvaanasutuilla alueilla, joissa kaiken ikäiset saivat käyttää terveyskeskuksen tarjoamia hammashoitopalveluja. Aikaisemmin etenkin suuret kaupungit rajoittivat aikuisten hoitoonpääsyä kansanterveyslain suosittamien ikärajojen perusteella. Kokonaisuudessaan suun terveydenhuollon palvelujärjestelmä oli ennen uudistusta suhteellisen epäoikeudenmukainen ja nuorta väestöä suosiva. (Widström & Mikkola 2008, 148–149.)

TAULUKKO 1 Kunnallisten ja yhteiskunnan tukemien yksityisten hammashoitopalvelujen laajeneminen 1950-luvulta 2000-luvulle (Widström & Mikkola 2008, 147).

Aikajakso	Kunnallinen (terveyskeskus) hammashoito	Sairausvakuutuksen kautta tuettu yksityinen hammashoito
1956–1969	Kansakoululaiset	Sairausvakuutuskorvauksia silloin, kun hammashoito oli yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1970–1979	0–18-vuotiaat asteittain hoidon piiriin	Sairausvakuutuskorvauksia silloin kun hammashoito on yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1980–1989	19–31-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmistä odottavat äidit, opiskelijat, merimiehet	Perushoitoa korvataan 19–31-vuotiaille
1990–1999	32–43-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmistä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneet ja rintamaveteraanit	32–43-vuotiaille korvataan perushoitoa ja rintamaveteraaneille lisäksi myös proteettista hoitoa
2000–2007	Koko väestö hoidon piiriin vuosien 2001–2002 aikana	Koko väestö otetaan sairausvakuutuskorvausten piiriin perushoidon osalta, rintamaveteraanien korvaukset proteettisista hoidoista jatkuvat

4.2 Toimialan sääntely

Kuntien tehtäviä ovat kunnan yleiseen toimialaan kuuluvat vapaaehtoiset tehtävät ja erityislainsäädännössä kuntien hoidettaviksi säädettyt tehtävät, jotka kuuluvat kunnan erityistoimialaan. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 26 §:n mukaan kunnan tulee järjestää asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut, joihin sisältyvät:

1. väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta;
2. terveysneuvonta ja terveystarkastukset;

3. suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito;
4. potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Terveyspalvelujen järjestämisestä säädetään terveydenhuolto-, kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaissa. Terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu kuntien järjestämisvastuuseen. Kunnilla on itsehallintonsa perusteella vapaus päättää, miten palvelut järjestetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992, 4§) annettu laki määrittelee kunnalle tavat järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

1. hoitamalla toiminnan itse,
2. sopimuksin yhdessä muun kunnan tai kuntien kanssa,
3. jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä,
4. hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelun tuottajalta,
5. antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti

Kunnilla on siten oikeus päättää, mitkä palvelut se tuottaa itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa, ja mitkä palvelut hankitaan vapailta markkinoilta. Kunta ei kuitenkaan voi ulkoistaa viranomaistehtäviä, koska julkisen vallan käyttö on säännelty tehtäväksi virkasuhteessa (Kuntalaki 410/2015, 87§). Kun kunta järjestää palvelun ostopalveluna tai palvelusetelillä, sen tulee varmistaa, että palvelut vastaavat laadultaan sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (HE 20/2009).

Julkisista hankinnoista annettu laki (348/2007) ja siihen liittyvät säädökset voivat tulla sovellettavaksi silloin, kun kunta hankkii palvelun kuntasektorin ulkopuoliselta toimijalta. Hankintalain 2§:n mukaan hankintayksikön on hyödynnettävä olemassa olevat kilpailuolosuhteet, kohdeltava hankintamenettelyn osallistujia tasapuolisesti ja syrjimättä sekä toimittava avoimesti ja suhteellisuuden vaatimukset huomioon ottaen. Kunnat voivat hankkia palveluita myös myöntämällä

palveluseteleitä asiakkailleen. Palvelusetelillä tarkoitetaan järjestämisvastuussa olevan kunnan sosiaali- ja terveysterveyspalvelun saajalle myöntämää sitoumusta, jolla kunta sitoutuu korvaamaan palvelun tarjoajan kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti. Palvelusetelin tavoitteena on asiakkaan valinnanmahdollisuuksien, palvelujen saatavuuden ja yrittäjyyden lisääminen sekä yhtenäisten toimintaperiaatteiden vahvistaminen. (HE 20/2009, 5, 22.) Palvelusetelihankinnat eivät kuulu hankintalain piiriin, mutta kunta voi kilpailuttaa palveluntuottajat julkisista hankinnoista annetun lain mukaisesti tai hyväksyä kaikki hyväksymisedellytykset täyttävät palveluntuottajat palvelusetelituottajiksi (STM 2012, 7).

Yksityisen terveydenhuollon yleinen ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Yritykset, järjestöt ja yksityiset henkilöt, jotka ylläpitävät terveydenhuollon toimintayksikköä tarvitsevat luvan toimivaltaiselta sosiaali- ja terveysministeriön alaiselta aluehallintovirastolta. Aluehallintovirastojen vastuulla on valvoa, että yksityiset palveluntuottajat täyttävät luvan toimintaedellytykset myös sen myöntämisen jälkeen. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus koostuu useasta lähteestä. Myös rahojen kohdennus palveluihin tapahtuu monen eri rahoittajan kautta. Tätä kutsutaan monikanavaiseksi rahoitukseksi. Hallitus päätti syksyllä 2013 selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja ja vaikutuksia asiakkaan asemaan ja oikeuksiin, palvelujen saatavuuteen, etuuksiin, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään ja kansantalouteen. Tällä selvityksellä tavoitellaan rahoituksen selkiyttämistä ja sen ongelmien poistamista. (Valtioneuvosto 2013, 6.) Nykyisessä järjestelmässä kunnallisten terveysterveyspalvelujen rahoitus koostuu kuntien omista verotuloista, valtionosuuksista ja asiakasmaksuista. Kansaneläkelaitoksen (Kela) vastuulla ovat sairausvakuutuskorvaukset, joilla tuetaan rahallisesti yksityisten palveluiden käyttöä. (Hartman 2011, 30.)

Julkinen terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovaroin. Kunnat saavat valtiolta vuosittain kuntakohtaisesti määritellyn valtionosuuden, jolla ne kattavat osan terveydenhuollon lakisääteisten palveluiden järjestämisen kustannuksista. Yksityisten terveysterveyspalvelujen rahoitus muodostuu asiakasmaksuista, vapaaehtoisista vakuutuksista ja lakisääteisistä sairausvakuutusmaksuista. Julkisen ja yksityisen rahoitusjärjestelmän keskeinen ero liittyy asiakkaan maksuosuuden määrään. Julkisista palveluista maksettava omavastuuosuus on usein murto-osa palvelun todellisista

kustannuksista. Julkisella sektorilla asiakkaalle jäävä maksuosuus on määritelty asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa (Laki 734/1992; Asetus 912/1992). Yksityisellä sektorilla vastaavanlaista sääntelyä ei ole, ja asiakkaat maksavat itse suurimman osan aiheutuneista kustannuksista. Sairasvakuutuslaki (1224/2004) mahdollistaa korvausten saamisen myös yksityisten terveyspalveluiden käytöstä. Sairasvakuutuskorvausta haetaan Kelalta. Lisäksi yksityisen terveydenhuollon kustannuksia korvataan asiakkaille vapaaehtoisista ja lakisääteisistä vakuutuksista. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakas hakee vakuutusyhtiöltä korvausta itse maksamiinsa yksityisen terveydenhuollon kustannuksiin, joista on vähennetty Kela-korvaus. (Hartman 2011, 29–30.)

4.3 Palveluiden kysyntä

Hammashoitouudistuksessa koko väestöä koskemaan laajentunut hammashuolto lisäsi huomattavasti suun terveydenhuollon palveluiden kysyntää. Verrattuna vuoden 2002 tammi-huhtikuuta vuoden 2013 samaan ajankohtaan Kela-korvausten määrän kasvu oli 50 prosenttia ja korvauksen saajien 42 prosenttia. Etenkin suurissa kaupungeissa julkinen hammashoito ruuhkautui, kun uudet ikäluokat tulivat hoidon piiriin. (Helminen 2003; Widström & Nihtilä 2004.)

Julkisten palveluiden saatavuus vaikuttaa merkittävästi yksityisten hammashoitopalvelujen kysyntään. Tutkimusten mukaan julkisen palvelutuotannon riittämättömyys ohjaa palvelujen käyttöä yksityiselle sektorille. Julkisella puolella kansalaiset joutuvat useimmiten jonottamaan ei-kiireelliseen hoitoon pääsyä useita kuukausia. Tämä johtuu siitä, että palveluja ei ole riittävästi tarjolla tai ne ovat ruuhkautuneet. (Widström & Nihtilä 2004, 395; Mattila 2006, 201, 248.) Lisäksi sosioekonominen asema vaikuttaa hammashuollon palvelujen käyttöön. Tutkimuksissa on havaittu, että koulutustason ja varallisuuden kasvu lisäävät yksityisten hammashoitopalvelujen kysyntää. (Poutanen & Widström 2001; Nguyen 2008; Nihtilä & Widström 2005.)

Hammashoidon palveluiden tarve tulee todennäköisesti kasvamaan tulevina vuosina, sillä väestön ikääntyminen nostaa julkisten ja yksityisten palvelujen kysyntää. Aikaisemmissa tutkimuksissa korkean kysynnän on uskottu nostavan yksityisen sektorin hintoja. Toisaalta tutkijat kuitenkin näkevät, että halvemmat hinnat ja julkisen sektorin lisääntyneet resurssit voivat asettaa yksityisille palveluntuottajille paineita hintojen laskuun. (Widström, Väisänen & Mikkola 2011, 123.)

4.4 Markkinoiden keskittyminen ja alalle tulon esteet

Hammashoitoyritysten määrä on vuosin 2007–2012 vähentynyt noin viisi prosenttia (taulukko 2). Vuonna 2012 hammaslääkäripalveluiden markkinoilla toimi lähes 1 800 yritystä. Taulukosta 2 ilmenee, että hammaslääkäripalveluyritysten määrän vähentyessä toimialan liikevaihto on kuitenkin kasvanut nopeasti, joka viittaa yrityskoon kasvuun. Suun terveydenhuollon markkinoille on 2000-luvulla ilmaantunut yrityksiä, jotka pyrkivät kasvamaan yritysostoin ja laajentamalla toimintojaan (Nihtilä & Widström 2005, 326). Toimialalle on tullut myös yrityksiä, jotka tavoittelevat markkina-asemansa vakiinnuttamista kokonaan uudella toimintamallilla. Esimerkiksi perushammashoitoon keskittyvän Megaklinikka Oy, jonka toiminta perustuu siihen, ettei yrityksellä ole lainkaan pitkäaikaisia potilassuhteita. (Hartman 2011, 34.)

TAULUKKO 2 Hammaslääkäripalveluyritykset 2007–2012 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Yrityksiä	1 877	1 850	1 819	1 817	1 818	1 792
Henkilöstö	4 611	4 570	4 679	4 726	4 862	4 844
Liikevaihto 1.000 €	465 778	511 142	530 389	559 402	615 753	625 734

Suun terveydenhuollon toimipaikkojen lukumäärä on vähentynyt etenkin suuren väestöpohjan alueilla (taulukko 3). Yli sadan toimipaikan alueista vain Pohjois-Pohjanmaalla hammaslääkäriyritysten toimipaikat lisääntyivät vuosina 2007–2012. Näiden vuosien aikana toimipaikkojen lukumäärä pysyi samana tai lisääntyi hieman suurimmassa osassa maakuntia. Helsingin, Tampereen ja Turun seuduilla suun terveydenhuollon toimipaikat ovat vähentyneet vuosien 2007–2012 aikana. Muutosta selittää 2000-luvun aikana kasvaneet toimipaikkojen koot, koska samaan aikaan alan henkilöstömäärä on kuitenkin kasvanut (taulukko 2).

TAULUKKO 3 Hammaslääkäriyritysten toimipaikat maakunnittain vuosina 2006–2012 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Uusimaa	783	762	756	765	754	753
Varsinais-Suomi	238	228	214	202	200	195
Satakunta	70	72	69	66	62	61
Kanta-Häme	59	58	51	55	49	52
Pirkanmaa	178	174	173	173	172	164
Päijät-Häme	70	68	63	60	61	60
Kymenlaakso	66	67	65	62	62	59
Etelä-Karjala	41	42	43	40	42	43
Etelä-Savo	44	42	41	40	44	44
Pohjois-Savo	79	84	82	87	87	85
Pohjois-Karjala	48	52	48	49	50	49
Keski-Suomi	58	62	57	59	55	60
Etelä-Pohjanmaa	57	55	51	51	51	49
Pohjanmaa	57	58	59	59	61	69
Keski-Pohjanmaa	13	13	12	12	12	13
Pohjois-Pohjanmaa	145	143	160	155	162	154
Kainuu	19	18	20	19	19	19
Lappi	51	52	51	51	51	53
Ahvenanmaa	19	19	20	20	21	23

Suunterveyspalvelujen tuotanto on luonteeltaan alueellista ja paikallista. Suomessa on edelleen vain muutamia isoja hammashoitoyrityksiä, jotka ovat levittäytyneet useimpiin maakuntakeskuksiin. Valtakunnalliset yritykset pystyvät hyödyntämään yhtenäisiä toimintakonsepteja, brändin tunnettavuutta ja sopimusten kattavuutta suurten asiakasyritysten kanssa pieniä paremmin. Suurten yritysten kilpailuvaltteja ovat myös mahdollisuus asiakkaiden ja potilaiden yhtenäisiin hoitoketjuihin, varmuus palvelun saatavuudessa sekä laajojen ajanvaraus- ja tietohallintajärjestelmien hyödyntäminen. Suuri yrityskoko ja toimipaikkojen valtakunnallinen kattavuus edesauttavat myös osallistumista julkisen sektorin tarjouskilpailu-, ostopalvelu-, ja kilpailuttamishankkeisiin. (Hartman 2011, 26.) Suun terveydenhuollon kehityssuuntana ovat yhä suuremmat hammashoidon vastaanotot. Markkinarakenteen kehitykseen vaikuttaa myös hammaslääkäreiden käyttäytymisessä tapahtunut muutos: nuoret hammaslääkärit työskentelevät mieluummin isoilla yhteisvastaanotoilla kuin perustavat oman yrityksen. Vuosina 2000–2005 isot vastaanotot ovat kasvaneet nopeasti. Tutkijoiden mukaan kehitystä selittävät isojen vastaanottojen laaja palveluvalikoima, joista etenkin proteettisten hoitojen tarjonta on merkittävä. Myös tulevaisuudessa kehityskulku näyttää suosivan isoja yrityksiä. Niiden strategisena vahvuutena on

keskittyminen erikoispalveluihin ja korkeaan teknologiaan sekä esteettisten palvelujen tarjontaan. (Mikkola, Vesivalo, Jauhiainen & Widström 2007, 188.)

4.5 Markkinakäyttäytyminen

Suun terveydenhuollon markkinarakenne vaikuttaa yritysten strategiseen käyttäytymiseen ja asenteisiin. Toimialaan kohdistuvat paineet heijastuvat yritysten käyttäytymiseen, mikä taas vaikuttaa toimialan rakenteiden muotoutumiseen. Tutkijoiden mukaan toimialaan kohdistuvat tulosodotukset lisäävät yritysten pyrkimyksiä etsiä skaalatuotannon etuja. Vaatimukset suorituskyvyn parantamisesta ja julkisten terveydenhoitoyksiköiden lisääntynyt tarjonta luovat kilpailupainetta yksityisille yrityksille, kuten myös kuntien lisääntyvä ostopalveluiden käyttö. (Mikkola ym. 2007, 189.)

Yksityiset suun terveydenhuoltoalan yritykset toimivat pääsääntöisesti yksin tai yhteistyössä julkisten toimijoiden kanssa. Mikkola, Widström, Jauhiainen, ja Vesivalo (2005) selvittivät suurten hammashoitoyritysten halukkuutta laajentaa yhteistyötä myös muiden terveyspalveluyritysten kanssa, mutta tällöin heillä ei ollut halukkuutta yhteistoiminnan kehittämiseen. Näkemyksiin vaikutti hammashoidon erillisyys muusta terveydenhuollosta, jolloin yhteistyön ei nähty tuottavan merkittäviä synenergiaetuja. (Mikkola ym. 2005, 19–20.)

Hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapautta laajennetaan lainsäädännöllä, jonka on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2019 (Valtioneuvoston tiedote 591/2015). Toteutuessaan uudistus tulee vaikuttamaan merkittävästi yritysten väliseen kilpailuun ja markkinakäyttäytymiseen. Ennen kaikkea julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö tulee muuttumaan, jos palveluseteliä tai ostopalvelukilpailutuksia ei tarvita entisessä laajuudessaan. Lisäksi oletetaan, että valinnanvapaus lisää yritysten välistä kilpailua, jolloin toimijoiden käyttäytyminen esimerkiksi hinnoittelun ja markkinoinnin suhteen muuttuu.

4.5.1 Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö

Suun terveydenhuollon toimialalla julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöllä on merkittävä asema. Kunnilla on järjestämisvastuu hammashoidon palveluista, ja lainsäädäntö edellyttää kuntien järjestävän palvelut koko väestölle. Etenkin isoissa kaupungeissa julkiset suun terveydenhuollon palvelut ovat vaativassa tilanteessa, sillä niiden resurssit eivät riitä kaikkien asiakkaiden hoitoon. Tällöin palvelujen tuottamisessa tarvitaan yksityisen sektorin tukea. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä toteutuu useilla eri tavoilla. Yhteistyötä tapahtuu esimerkiksi terveystieteissä silloin, kun palveluita ostetaan vuokratyönä. Palveluntuotanto on mahdollista ulkoistaa kokonaan tai osittain. Eräänlaiseksi yhteistyöksi luetaan myös toimenpiteissä apuna käytettävät yksityiset konsulttipalvelut. (STM 2013, 38, 71.)

Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudella tarkoitetaan julkisviranomaisten ja yksityisten yritysten välisiä yhteistyömuotoja. Näillä yhteistyöjärjestelyillä pyritään jonkin infrastruktuurin rahoittamiseen, rakentamiseen, uudistamiseen, hallintaan, huoltoon tai muun palvelun toimittamiseen. Kumppanuuskehitystä on vauhdittanut se, että yksityinen sektori tarjoaa usein kunnalle rahoitusta, osaamista ja hyviä toimintamenetelmiä. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudelle on ominaista yhteistyön pitkäkestoisuus, riskin jakaminen sekä yksityisen rahoituksen sisällyttäminen hankkeeseen. Kumppanuussuhteissa kunnan päätehtävä on määritellä tavoitteet ja valvoa niiden noudattamista. (Komulainen 2010, 133.) Suun terveydenhuollon palveluissa julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden kehittäminen on ajankohtainen tema, joka nousee esiin esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön suun terveydenhuollon selvitysryhmän kehitysehdotuksissa. Suun terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden keinoja ovat muun muassa ostopalvelut ja palvelusetelit. (STM 2013, 36–38.)

Lähes puolet terveystieteistä on ostanut yksityiseltä sektorilta tai toiselta terveystieteilijältä päivistyspalveluita säännöllisen työajan ulkopuolella. Terveystieteistä 38 prosenttia käyttää ostopalveluita normaalin hammaslääkäritoiminnan järjestämiseen. Kunnallisista terveystieteistä 72 prosenttia käyttää ostopalveluita myös erikoishammashoitoon. Ostopalveluita käyttävien terveystieteilijöiden lukumäärä on kasvanut tasaisesti viime vuosina. Vuoden 2014 loppupuolella Suomessa oli 19 kokonaan ulkoistettua hammashoitolaa, joiden väestöpohja on yhteensä noin 100 000 asukasta. Vuoteen 2013 verrattuna ulkoistettuja hammashoitoloita oli vuonna 2014 kuusi kappaletta vähemmän. Perinteisen ulkoistuksen lisäksi esimerkiksi Mänttä-Vilppulassa on käytössä

niin kutsuttu yhteiskunnallisen yrityksen malli. Yhteiskunnallisen yrityksen mallissa yhdistyvät yritykselle ominainen kustannustehokas toiminta ja kunnan toiminnan eettisyys. Kunta ja yksityinen terveyspalveluyritys siis perustavat yhdessä yrityksen, joka tarjoaa kunnalle terveyspalvelut ja valtaosan sosiaalipalveluista. Tyypillisesti yrityksen omistusosuus yhteiskunnallisesta yrityksestä on 51 prosenttia. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2014a.)

4.5.2 Palveluiden hinnoittelu ja markkinointi

Täydellisillä markkinoilla yritysten mahdollisuudet vaikuttaa hintoihin ovat pienet, hinnan määräytyessä pitkälti markkinoiden perusteella. Teoriassa hammashoitopalveluiden hinnat muodostuvat markkinoilla vallitsevista kysyntä- ja tarjontaolosuhteista. Hintoihin vaikuttaa lisäksi yritysten sekä julkisten toimijoiden kilpailutilanne. Kun kysyntää on suhteessa paljon, hinnat yleensä nousevat alan kustannusrakennetta nopeammin. Viime kädessä hintojen vaihtelu riippuu paikallisista kilpailu- ja kysyntäolosuhteista. Yhden oletuksen mukaan julkisen sektorin tukien ja halvemman palvelutuotannon vahvistaminen lisäävät yksityisen sektorin tarvetta hintojen alentamiseen ja hintavaihtelun hillitsemiseen. Tutkijat ovat kuitenkin sitä mieltä, että yritysten sisäinen kustannusrakenne, erikoistumisaste ja palveluvalikoima vaikuttavat eniten hammashoidon hintaan. (Tampsi-Jarvala, Mikkola, Vesivalo & Widström 2007, 14.)

Yksityisen ja julkisen sektorin hammashoidon hinnoissa on suuri ero (taulukko 4). Potilaan maksama hinta terveyskeskuksen hammashoidosta on noin kolmasosa siitä, mitä sama hoito maksaa yksityisellä vastaanotolla sairausvakuutuskorvauksen jälkeenkin. Terveyskeskusten hoitohinnat määrätään asetuksella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992). Asetuksen hinnat ovat enimmäishintoja, joten kunta voi niin päättäessään periä asiakkailta myös tätä alempia toimenpidemaksuja. Yksityinen hammaslääkäriyritys voi sen sijaan vapaasti päättää hoidon hinnoista.

TAULUKKO 4 Hammashoidon tavanomaisia hintoja (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016; Yksityisen hoidon hinta Kela 10/2015)

	Terveyskeskus (€)	Potilaan maksuosuus sairasvakuutus-korvauksen jälkeen yksityiseltä ostettuna (€)	Yksityinen (€)
Tutkimus (SAA02)	14,70	46,50	62
Ehkäisy (SCA01)	6,60	23,50	33
Pieni paikka (SFA10)	14,70	53,50	69
Iso paikka (SFA40)	42,90	123,00	161

Kuluttajaliiton vuonna 2015 julkaisema selvitys yksityisten hammaslääkäriyritysten hinnoista osoitti, että palvelujen hinnat vaihtelevat paljon eri kaupunkien välillä. Selvityksessä oli mukana Helsingin, Espoon, Vantaan, Turun, Tampereen, Jyväskylän, Oulun, Joensuun, Rovaniemen, Lahden, Kuopion, Porin, Vaasan sekä Tallinnan suurimpien palveluntarjoajien hintatietoja. Kaupunkikohtaisten erojen lisäksi, hintavaihtelua esiintyi samojen palveluntuottajien toimipaikkojen kesken. Suurimmilla palveluntuottajilla saman toimenpiteen toteutuksessa oli jopa sadan euron ero kaupunkien välillä. Kuluttajaliiton selvityksen perusteella etenkin vastaanoton sijainti vaikuttaa palvelusta perittävään hintaan. Lähempänä keskustaa olevat vastaanotot ovat pääsääntöisesti kalliimpia kuin keskustan ulkopuolella sijaitsevat vastaanotot. (Kuluttajaliitto ry 2015.)

Widström, Väisänen ja Mikkola (2011) tekivät yksityisille hammaslääkäreille vuonna 2005 kyselyn palveluiden hinnoittelusta. Lähes 70 prosenttia kyselyyn vastanneista hammaslääkäreistä sanoi käyttävänsä hinnoittelussaan hyväksi Suomen hammaslääkäriliiton kahdesti vuodessa julkaisemia tietoja toimenpiteiden hintamuutoksista, jossa eri hoitomuotojen hinnat on laskettu yhden hammaspaikan perusteella. Hintojen vastaavuus yksityisissä hoitopaikoissa hammaslääkäriliiton suositusten kanssa oli suurinta, kun potilaille tehtiin yhden tai useamman hammaspaikan toimenpide. Pienin riippuvuussuhde oli yhden paikan ja hammasproteesin hinnassa. Kyselyssä yli puolet hammaslääkäreistä vastasi muuttavansa hintoja vähintään kerran vuodessa. Aikaisemmin Hammaslääkäriliitto antoi jäsenilleen toimenpidekohtaisia hintasuosituksia, joita yksityiset hammashoitolat käyttivät usein hinnoittelunsa perusteena. Menetelmä kuitenkin kiellettiin kilpailulain vastaisena. Tutkimuksessa kaupunkien välillä ei nähty juurikaan eroja hintojen muuttamisessa, mutta hintojen vaihtaminen oli hieman keskimääräistä harvinaisempaa Helsingissä kuin muualla. Tilastokeskuksen julkaisemia tietoja hammashoitopalvelujen keskihinnoista

käytettiin myös melko paljon hyväksi hinnoittelupäätöksiä tehdessä. Yksityishammaslääkäreistä vain viidennes ilmoitti kilpailijoiden hinnoittelun vaikuttavan heidän hinnoittelupäätöksiinsä. Tutkimustulosten mukaan muiden hammaslääkärien hinnoittelu vaikutti kuitenkin epäsuorasti selvästi enemmän hintatasoon, mitä yksityiset hammaslääkärit vastauksissaan ilmoittivat. (Widström ym. 2011, 124–126.)

Yhtäältä hammaslääkäreiden kokemus ja vastaanoton tyyppi vaikuttavat hammashoidon hintaan. Hammaslääkäripalveluiden hinnat ovat lähtökohtaisesti korkeammat paikkakunnilla, joissa yksityishammaslääkäriin vastaanottoja on tiheästi (Widström ym. 2011). Widström, Väisänen ja Mikkola (2011) havaitsivat myös hintojen olevan hieman korkeammat hammaslääkäreiden koulutuspaikkakunnilla kuin koko maassa keskimäärin. Tulos oli yllättävä, koska Suomessa useat hammaslääkäriopiskelijat jäävät valmistumisen jälkeen asumaan opiskelupaikkakunnalle. Edellä esitetyn perusteella näissä kaupungeissa on yhtä hammaslääkäriä kohden vähemmän asukkaita kuin muissa kaupungeissa, minkä pitäisi johtaa hintojen alenemiseen. Tutkimuksessa ryhmävastaanottojen hinnat olivat myös keskimäärin korkeammat kuin yhden tai kahden henkilön vastaanottojen. Tyypillisesti myös hammaslääkäriin erikoistuminen ja kokemus nostivat toimenpiteiden hintoja, koska asiakkaat ovat valmiita maksamaan näistä ominaisuuksista. Tutkimuksen mukaan ketjuun kuuluvat toimipaikat ovat kalliimpia kuin vastaavat yksityisyrittäjän vastaanotot. Tutkijat näkevät ilmiön selityksenä laajemman palveluvalikoiman, pidemmät aukioloajat sekä kalliimmat ja paremmat laitteet. Vaikka isoilla yrityksillä on hammashoidossa mahdollisuuksia laskea hintoja skaalatuotannon etujen vuoksi, näin ei tapahtunut toimialan markkinoilla. (Widström ym. 2011, 126.)

Aikaisemman tutkimuksen mukaan suun terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa hintakilpailu ei ollut merkittävää, vaan kilpailulliset tekijät liittyivät ennemminkin laatuun ja markkinointiin (Widström ym. 2011). Tutkimukset ovat osoittaneet yksityisten hammaslääkärien pitävän olemassa olevien asiakkaiden uudelleen hoitoon kutsumista tärkeimpänä markkinointikeinona (Ngyen 2008; Mikkola ym. 2007). Tyypillisesti suun terveydenhuollon yritykset ovat mainostaneet pääasiassa ilmoituksilla sanomalehdissä ja erilaisissa oppaissa. Alan kehittyessä yritysten markkinointistrategioiden erot ovat kasvaneet. Osa yrityksistä käyttää ainoastaan muutamia mainoskanavia. Samaan aikaan joidenkin yritysten markkinointi kohdistuu useille eri kanaville, jolla tavoitellaan laajaa näkyvyyttä. (Mikkola ym. 2007, 180.)

Yhdellä suun terveydenhuollon yrityksellä on myös yhteistyötä vähittäiskaupan kanssa. Valtakunnallisesti toimiva Oral Hammaslääkärit Oyj on S-ryhmän yhteistyökumppani. S-ryhmällä on bonusta myöntäviä yhteistyökumppaneita, jotka tukevat sen liiketoimintaa. Yhteistyön kautta Oral tarjoaa S-ryhmän asiakasomistajille erilaisia alennuksia. Lisäksi asiakasomistajat saavat hammashoidosta bonusta eli ostohyvitystä ostotensa suhteessa, joka on enimmillään viisi prosenttia. (Oral 2015.) Useimmat suun terveydenhuollon yrittäjät eivät pidä toimintansa brändäystä erityisen tärkeänä, mutta sen merkityksen uskotaan lisääntyvän tulevaisuudessa. (Mikkola ym. 2007, 180.)

4.6 Suorituskyky

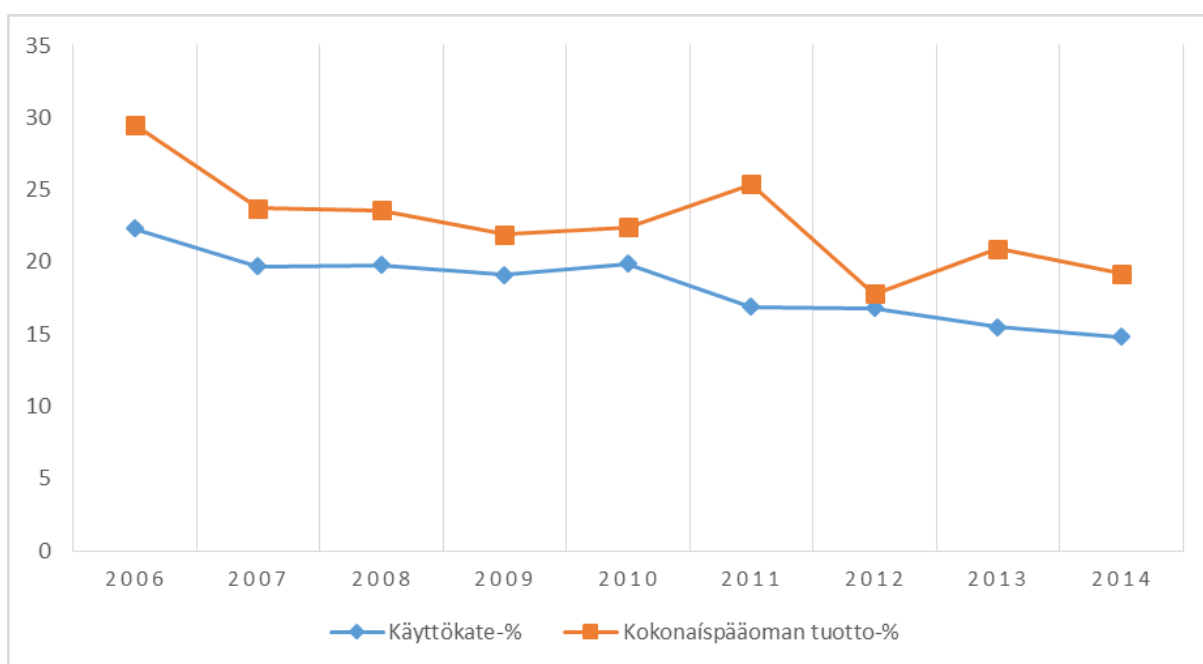
4.6.1 Toimialan kannattavuus

Toimialan suorituskykyä mitataan usein pelkästään tehokkuuden osalta. Schererin ja Rossin (1990, 5) laajemmassa määritelmässä suorituskykyyn kuuluu staattinen ja dynaaminen tehokkuus sekä työllisyys ja tulonjako. Tässä tutkimuksessa suun terveydenhuollon suorituskykyä tarkastellaan tehokkuuden, toimialan kasvun ja työllisyyden näkökulmasta. SCP-mallin mukaan lähestyttäessä täydellisen kilpailun tilannetta markkinoiden suorituskyky kasvaa. Suorituskykytarkastelun avulla voidaan tehdä johtopäätös kilpailun toimivuudesta markkinoilla. Mikäli toimialan kannattavuus on selvästi korkeampi kuin muilla aloilla, se viittaa epätäydelliseen kilpailuun. On kuitenkin muistettava, että toimialan kilpailuun vaikuttavat suorituskyvyn lisäksi myös markkinoiden rakenne ja toimijoiden käyttäytyminen.

Terveyspalveluiden erityispiirteiden vuoksi niiden tuotannosta ei aina ole saavutettavissa tehokasta markkinaratkaisua. Osaltaan tämän takia julkinen ohjaus on turvannut toiminnan tehokkuutta. Keskitetty ohjaus on parantunut kansalaisten tasa-arvoa ja palvelujen saatavuutta. Etenkin yhdysvaltalaiset tutkimukset ovat vertailleet yksityisen ja julkisen sektorin kustannustehokkuutta terveydenhuollossa. Tutkimuksissa yksityiset palveluntuottajat ovat useimmiten osoittautuneet kustannustehokkaammiksi kuin julkisomisteiset toimijat. (Okko ym. 2007, 37–38, 43.) Widströmin, Linnan ja Niskasen (2004) tutkimus julkisen hammashoidon kustannustehokkuudesta Suomessa osoitti, että julkisessa hammashoidossa on noin 30 prosenttia kustannustehottomuutta. Tämä tarkoittaa siis sitä, että käytössä on hyödyntämättömiä resursseja, joita uudelleen allokoimalla

voitaisiin lisätä kokonaistehokkuutta. Tulosten perusteella joissain tapauksissa tehokkuutta olisi mahdollista parantaa lisäämällä hammaslääkäreitä avustavan henkilökunnan määrää. (Widström ym. 2004.)

Hammaslääkäriyritysten kannattavuus on laskenut noin 30 prosenttia vuosina 2006–2014, kun kannattavuuden mittareina käytetään koko toimialan keskimääräistä käyttökate- ja kokonaispääoman tuotto prosenttia (kuvio 4). Suurimmat vaihtelut toimialan kannattavuudessa tapahtuivat vuonna 2007, jolloin alan yritysten käyttökateprosentti sekä kokonaispääoman tuottoaste laskivat voimakkaasti suhteessa edelliseen vuoteen. Hammaslääkäripalveluissa kokonaispääoman tuottoaste oli vuosina 2006–2014 keskimäärin 23 prosenttia ja käyttökateprosentti 18. Suun terveydenhuollon kannattavuus oli hieman parempi kuin terveystalveluiden keskimäärin, mutta selvästi parempi kuin kaikkien toimialojen yhteensä (taulukko 5). Kannattavuuden osittaisesti laskusta huolimatta hammaslääkäripalveluiden kokonaispääoman tuotto on edelleen yli 20 prosenttia, mikä kertoo toiminnan olevan edelleen hyvin kannattavaa.

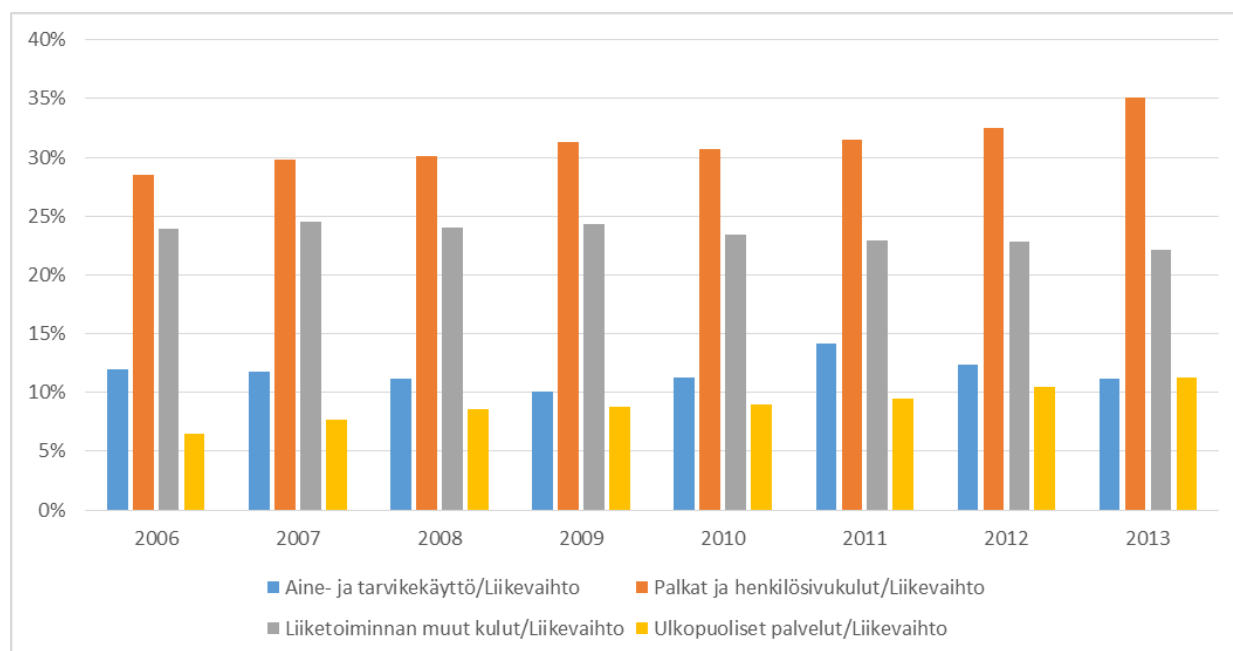


KUVIO 4 Käyttökateprosentti ja kokonaispääoman tuotto prosentti hammaslääkäripalveluissa vuosina 2006–2014 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)

TAULUKKO 5 Terveyspalveluiden ja kaikkien toimialojen käyttökateprosentti ja kokonaispääoman tuotto-% vuosina 2006–2014 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toimialat yhteensä	Käyttökate- %	9,1	9,4	7,9	6,5	7,7	7	6	6,3	6,6
	Kokonaispääoman tuotto- %	9,2	9,9	6,5	4	5,5	5,8	4,4	3,8	3,9
Terveyspalvelut	Käyttökate- %	19,6	19,4	18,1	17,6	17,8	16,4	16	13,1	13,2
	Kokonaispääoman tuotto- %	21,9	16,1	14,7	13,2	14,1	18,2	11,1	11,4	10,9

Tässä yhteydessä kuvataan lyhyesti myös hammaslääkäriyritysten kustannusrakenteen kehitystä vertailemalla eri kulujen osuutta yritysten liikevaihdosta (kuvio 5). Kulut ovat toimialan keskimääräisiä lukuja, jotka on suhteutettu liikevaihdon keskiarvoon. Työvoimakulut ovat ylivoimaisesti toimialan suurin kuluerä, ja niiden kustannuskehitys on ollut nopeinta viime vuosina. Muiden kulujen, kuten esimerkiksi vuokra-, markkinointi- ja tietojärjestelmäkulujen osuus liikevaihdosta on laskenut 2010-luvulla. Ulkopuolisten palveluiden osuus on sen sijaan lisääntynyt. Työvoimakulujen kasvu asettaa haasteita etenkin toimialan kannattavuudella ja lisää hinnankorotuspainetta.



KUVIO 5 Aine- ja tarvikekäytön, palkkakulujen, ulkopuolisten palveluiden ja muiden kulujen osuus liikevaihdosta hammaslääkäripalveluissa vuosina 2006–2013 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)

Suun terveydenhuollon yritysten liikeluokset ovat laskeneet viime vuosina (taulukko 6). Toimialan liikeluokset kasvoivat tasaisesti vuoteen 2011 asti, minkä jälkeen ne kääntyivät laskuun vuonna 2013. Hammaslääkäriyritysten keskimääräinen liikeluos laski vuosina 2006–2013 yhteensä lähes viisi prosenttia. Yksityisen hammashoidon hintojen nousu oli nopeinta vuosina 2009 (7,88 %) ja 2007 (6,09 %). Tilastokeskuksen (2015) kuluttajahintaindeksin perusteella yksityisen hammashoidon hintakehitys on kuitenkin hidastunut vuosina 2013 ja 2014, mikä voi johtua kilpailun lisääntymisestä, mutta myös yksityisen hammashoidon kysynnän laskusta.

TAULUKKO 6 Tuloslaskelmat ja taseet summattuna toimialoittain ja kokoluokittain, 1000€ (Toimiala Online, Tilastokeskus: Tilinpäätöstilastot)

	vuosi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Terveyspalvelut yhteensä	Liikevaihto	1946960	2177798	2480207	2615598	2899102	3252690	3503788	3520809
	Liikeluos	328812	361122	380219	386234	436154	444030	455883	351676
Hammaslääkäripalvelut	Liikevaihto	431214	465086	508414	530357	559586	606806	637211	660716
	Liikeluos	87426	81819	90039	89668	98848	87520	89862	83352

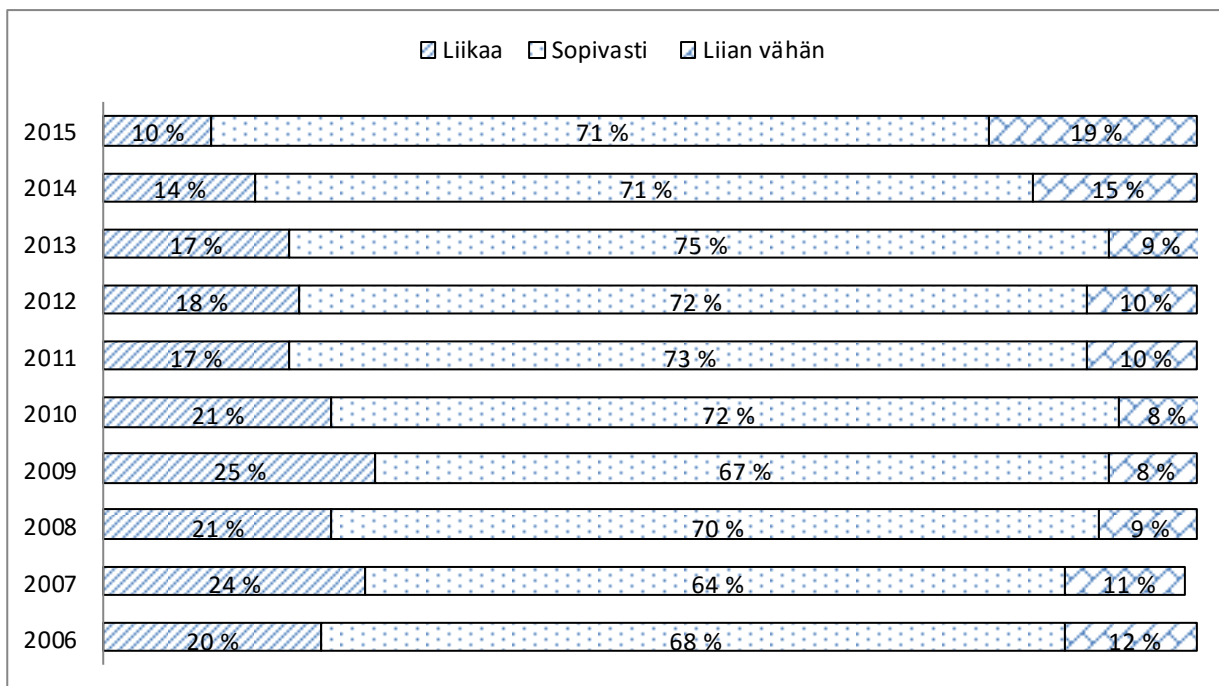
Jonotusaikojen perusteella kunnallisen suun terveydenhuollon suorituskyky on heikentynyt viime vuosina. Vuonna 2013 kaikista hammaslääkärikäynneistä 2,8 prosentissa odotusaika ylitti kuuden kuukauden hoitotakuurajan. Vuonna 2012 yli kuuden kuukauden jonotusaika oli vain 0,2 prosentissa hammaslääkärikäynneistä. Vuoden 2015 lokakuussa noin 5 prosenttia hammaslääkärikäynneistä ylitti kuuden kuukauden rajan. Eniten hoitotakuun ylittäviä odotusaikoja oli tällöin Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella. Kaiken kaikkiaan vuoden 2015 loppupuolella noin 60 prosenttia terveyskeskusten kiireettömistä hammaslääkärikäynneistä toteutui kolmessa viikossa. (THL 2015.)

4.6.2 Toimialan kasvu ja työllisyys

Hammashoitouudistuksen jälkeen yritysten kasvu oli aluksi maltillista vaikka uudistus lisäsi voimakkaasti palvelujen kysyntää. Alan nopeaa kasvua rajoittivat työvoimapula, liiketoiminta-osaamisen puute ja pieni yrityskoko. (Widström & Mikkola 2008, 157.) Suun terveydenhuoltoalan liikevaihto kasvoi 53 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2013 (taulukko 6). Voimakasta kasvua

selittävät kuntien lisääntyneet palveluostot yksityiseltä sektorilta, mutta myös laajentunut hammashoitopalvelujen tarjonta.

Yksi toimialan suorituskyvyn arvioimiskriteereistä on voimavarojen käyttöaste, jota voidaan tarkastella alan työllisyyden näkökulmasta. Hammaslääkäreitä ei käytännössä ole ollenkaan työttömänä, mutta heidän kokemuksensa työmäärästä vaihtelevat. Suomen hammaslääkäriliiton selvityksen mukaan viime vuosina yksityishammaslääkärien työtilanne on heikentynyt. Tällä hetkellä noin 19 prosenttia yksityishammaslääkäreistä kokee, että heillä on potilaita liian vähän (kuvio 6). Vastaavasti hammaslääkäreitä, jotka kokevat potilaita olevan liikaa, on nyt vähemmän kuin aikaisemmin. Muutos johtuu erityisesti Helsingin ja Uudenmaan alueen hammaslääkärien työllisyystilanteen heikentymisestä. Hammaslääkäriliiton kyselyyn vastanneista Helsingin ja Uudenmaan (HUS:n) sairaanhoitopiirin alueella työskentelevistä hammaslääkäreistä vajaa kolmannes piti potilasmääräänsä liian pienenä. Toiseksi heikoin työtilanne oli Pohjois-Pohjanmaalla, jossa 25 prosenttia hammaslääkäreistä koki, että heillä on liian vähän potilaita. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2014b.) Edelleen kuitenkin enemmistö hammaslääkäreistä piti potilasmääräänsä sopivana, ja heidän osuutensa on pysynyt lähes samalla tasolla vuodesta 2006 lähtien (kuvio 6).



KUVIO 6 Yksityishammaslääkärien kokemus potilaiden määrästä (Suomen Hammaslääkäriliitto 2015a: Työmarkkinatutkimus)

Hammaslääkäreiden kokemukset työtilanteesta osoittavat, että palvelujen tarjonnassa on joko kasvua tai palvelujen käyttö on vähentynyt. Hammaslääkärit, jotka kokivat että heillä on liian vähän potilaita, haluaisivat lisätä kliinistä työtä keskimäärin viidellä tunnilla viikossa. Hammaslääkärit itse pitävät työssä olevien hammaslääkärien määrää sopivana, ja uskovat sen riittävän myös jatkossa. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2015a; THL 2012b, 6.) Hammaslääkäriliiton tutkimus osoittaa, että toimialan työvoimaresurssit eivät ole tällä hetkellä täysikäytössä. Työvoiman parempi kohdentuminen parantaisi SCP-paradigman mukaisesti myös toimialan suorituskkyä.

5 CASE KAUPUNGIT JA EMPIIRINEN TUTKIMUS

Tässä luvussa tarkastellaan Helsingin ja Espoon suun terveydenhuollon markkinoiden perusolosuhteita, markkinarakennetta ja markkinakäyttäytymistä, joiden kautta tutkitaan toimialan suorituskykyä. Teoreettisen viitekehyksen kautta on luotu ennakkokäsitys kilpailun toimivuuden analyysistä ja kilpailun soveltumisesta terveyspalveluiden tuotantoon. Tässä luvussa syvennyttään tarkemmin kilpailun toimivuuteen suun terveydenhuollon palveluissa, tarkastelemalla Helsingin ja Espoon kilpailuolosuhteita.

5.1 Helsingin suun terveydenhuollon palvelut

Pääkaupunkiseudun talousalue käsittää noin 1,4 miljoonaa asukasta ja 740 000 työpaikkaa. Helsingissä oli 620 715 asukasta vuoden 2015 alussa. (Helsinki 2015a.) Helsingissä on suuria alueellisia eroja, mikä näkyy kaupungin sisällä useana erityyppisenä alueena, joiden palveluntarpeet eroavat toisistaan. Helsingin toimintamallissa alueille, joiden palveluntarve on suurempi, resursoidaan positiivisen diskriminaatio-periaatteen mukaisesti enemmän voimavaroja. Lisäksi laaja palvelualue tuo kaupungin toimintaan joustoa, sillä aikuispotilaat voidaan ohjata hoitoon sinne, missä on kulloinkin vapaata kapasiteettia. (kaupungin edustaja, Helsinki.)

Helsingissä hammashoitopalveluiden järjestämisestä vastaa kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto. Kaupungilla on 37 hammashoitolaa ja liikkuva suunhoitoyksikkö. Helsingissä ajanvaraus on järjestetty keskitettynä puhelinpalveluna, jossa suun terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi potilaan hoidon tarpeen. Kaupunki käyttää sähköiseen potilastietojärjestelmään integroituja palveluja. Esimerkiksi omasta hoitoajasta voi saada automaattisen tekstiviestimuistutuksen, hoitoloissa voi ilmoittautua itseilmoittautumislaitteilla ja internetissä on sähköisen asiainnin palvelu. Helsingin kaupunki järjestää erikoishammaslääkärihoidon ja virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen isäntäkuntana Espoossa, Helsingissä, Kauniaisissa, Kirkkonummella ja Vantaalla. Helsinki ostaa osan hammashoidon palveluistaan yksityishammaslääkäreiltä ja kaupungin hammashoitolat ohjaavat osan aikuispotilaista yksityisille sopimushammaslääkäreille. Yksityishammaslääkärillä asiakkaat maksavat hoidosta saman hinnan kuin kaupungin omasta hammashoidosta. (Helsinki 2015b.) Helsinki järjestää iltavastaanoton pääosin vuokratyönä siten,

että kaupungin omiin tiloihin tulee kolme työparia vuokralle palvelemaan kaupungin asiakkaita. Palveluhankinnassa tuottajat maksavat tiloista ja tarveaineista vuokraa, mutta tuottavat palvelut kaupungin omille asiakkaille. (kaupungin edustaja, Helsinki.)

Helsingissä on käytössä suun terveydenhuollon palvelusetelimalli. Terveyskeskusten palvelusetelikokeilut aloitettiin alkuvuodesta 2011. Yhteensä suun terveydenhuollon käyntejä toteutui Helsingissä 464 000 kertaa vuonna 2013, joista noin 6 prosenttia oli palvelusetelillä tuettuja. Helsingissä palvelusetelin käyttö on edesauttanut hoitotakuun aikarajoissa pysymistä. Asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten perusteella kaupungin asiakkaat olivat tyytyväisiä palvelusetelillä järjestettyyn hoitoon, sillä 84 prosenttia oli valmis käyttämään sitä uudelleen. Asiakkaiden asema parani, sillä hoitojakson kokonaiskeston lyhentyi pelkästään kaupungin oman toiminnan kautta toteutettuun hoitoon verrattuna. (Helsinki 2013, 21–23.) Pilotointikokeilujen jälkeen Helsingin kaupunki vakinaisti palvelusetelitoiminnan suun terveydenhuollon järjestämistapana 1.1.2014 alkaen. (Helsinki 2015c.) Vuoden 2014 tilinpäätöksen mukaan suun terveydenhuollon toiminnalliset tavoitteet toteutuivat Helsingissä. Nämä tavoitteet olivat hammashoidon tarpeen arviointi kolmessa vuorokaudessa ja kiireettömään hammashoittoon pääsy kuuden kuukauden kuluessa. (Helsinki TP 2014, 69–70.)

5.2 Espoon suun terveydenhuollon palvelut

Espoossa oli vuoden 2014 lopussa 265 646 asukasta. Kaupunki jakautuu viiteen eri kaupunkikeskukseen, jotka ovat Espoon keskus, Espoonlahti, Leppävaara, Matinkylä ja Tapiola. Espoo on suhteellisen hyvinvoiva kunta, jonka asukkaat ovat terveempiä kuin suomalaiset keskimäärin. Kaupungin ikärakenne on nuori, väestö on hyvin koulutettua ja kaupungissa on hyvä taloudellinen huoltosuhde. Espoon haasteita ovat kuitenkin väestön ikääntyminen, työttömyyden kasvu sekä lapsiperheiden ja erityisesti vieraskielisten palveluiden tarpeen kasvu. (Espoo 2015a.)

Espoossa hammashoidon palveluiden järjestämisestä vastaa sosiaali- ja terveystoimi. Kaupungissa on 17 kunnallista hammashoitolaa ja keskitetty ajanvaraus, joka käsittelee sekä kiireelliset että kiireettömät tapaukset. (Espoo 2015b.) Espoo uudisti suun terveydenhuollon organisaatiota vuoden 2016 alussa siten, että hoito jakautuu pohjoiseen ja eteläiseen lähipalvelualueeseen sekä päivystyksen ja ajanvarauksen lähipalvelualueeseen. Lähipalvelualueilla on yhteensä kuusi hammashoidon palveluyksikköä. (Espoo KH 2015.)

Espoo järjestää suun terveydenhuollon palvelut pääosin kaupungin omana työnä. Kaupungin terveyskeskushammashoitoloissa työskentelee myös kahdeksan hammaslääkärinä vuokralla. Erikoishammashoito ja virka-ajan ulkopuolinen päivystys on järjestetty pääkaupunkiseudun yhteisenä toimintana, jossa Helsinki on isäntäkunta. (kaupungin edustaja, Espoo.) Espoossa hoitopääsy on ollut suhteellisen nopeaa, ja esimerkiksi kiireettömän hoidon saanti kesti noin 50 päivää syksyllä 2014. Espoo toteuttaa talouden tasapainotus- ja tuottavuusohjelmaa kaikilla toimialoillaan. Näistä toimista on saatu hyviä tuloksia, ja myös suun terveydenhuollon tuottavuus on käyntiä ja asiakasta kohti parantunut. (Espoo TP 2014, 3, 86.)

5.3 Kysyntä- ja tarjontatekijät

Terveyskeskukset kärsivät vielä 2000-luvulla hammaslääkärivajeesta. Vuoden 2010 jälkeen tilanne helpottui ja vaje on vähentynyt useassa sairaanhoitopiirissä. Etenkin Helsingissä ja muualla Uudellamaalla hammaslääkäreiden saatavuus on parantunut viime vuosina. Vuoden 2015 lopussa hammaslääkärivaje oli Uudellamaalla alle prosentin. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2015b.) Haastattelujen perusteella suun terveydenhuollon henkilökunnan rekrytoiminen Helsingissä ja Espoossa on suhteellisen helppoa. Tällä hetkellä kunnat pystyvät täyttämään vaivattomasti myös hammaslääkäreiden lyhyet sijaisuudet, mikä oli aikaisemmin etenkin julkisella puolella haastavaa. (kaupungin edustajat, Helsinki & Espoo). Espoon kaupungilla hammashoitajien avoimiin tehtäviin hakeneiden määrä on laskenut. Yhtenä syynä hakijoiden vähenemiseen nähtiin hammashoitajien oman koulutusohjelman poistuminen. Nykyisin hammashoitajat opiskelevat ensin lähihoitajaksi ja suuntautuvat vasta sen jälkeen suun terveydenhuoltoon. Hammashoitajien koulutuspolku ei ole yhtä selkeä kuin aikaisemmin, mikä on saattanut vähentää heidän määrää. (kaupungin edustaja, Espoo.) Myös ketjuyritys koki työvoiman rekrytoimisen suhteellisen helpoksi pääkaupunkiseudulla, sillä hammaslääkäreitä hakeutuu myös oma-aloitteisesti yrityksen palvelukseen. Haastateltu ketjuyritys näki suuhygienistien ja hammashoitajien rekrytoinnissa jonkin verran eroja eri toimipaikkojen välillä. Yrityksen mukaan hammaslääkäriasemien koetulla maineella on vaikutusta hakijoiden määrään. Havainnot hammaslääkäreiden työtilanteesta Helsingissä ja Espoossa tukevat Mikkolan (2009) tutkimuksen tuloksia siitä, että yliopistosairaanhoitopiireissä on tarjolla enemmän hammaslääkäreitä kuin kuntien kuin yritystenkin tarpeisiin.

Tällä hetkellä sekä Helsingissä että Espoossa yksityisen hammashoidon tarjonta ylittää sen kysynnän. Haastattelujen perusteella palvelujen tarjonta on runsasta etenkin Helsingin keskustan alueella. Palvelutarjonnan määrään vaikuttaa myös yksityisen hammashoidon käytön vähentyminen talouden laskusuhdanteen seurauksena. Viime aikoina suomalaiset ovat vähentäneet yksityisten hammashoitopalvelujen käyttöä ja siirtyneet yhä useammin julkiselle puolelle hoidettaviksi. Haastateltavien mukaan kuluttajat myös karsivat suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä tulojen vähentyessä. Toisaalta myös poliittiset päätökset vaikuttavat kansalaisten kulutustottumuksiin. Kela-korvauksen pienentymisellä ei rahallisesti ole suurta merkitystä, mutta sen vaikutuksesta asiakas pidentää tarkastusväliä tai siirtää hammashoidon hankinnan myöhemmäksi (yritys, Helsinki). Helsingin kaupungin mukaan kuluttajien heikentynyt taloustilanne on johtanut yksityisten hammashoitopalvelujen kysynnän laskuun ja julkisen hammashoidon kysynnän kasvuun. Helsingissä kunnallisen suun terveydenhuollon kysyntä on kasvanut 20 prosenttia vuoden 2015 aikana. Kasvaneen kysynnän taustalla on aikaisemmin yksityisellä vastaanotolla käyneiden potilaiden siirtyminen kunnallisen hammashoidon palveluihin. Julkinen hammashoito on selvästi halvempi vaihtoehto ja sen laadun ollessa hyvä, kannustimet yksityisen hoitopaikan vaihtamiseen ovat korkeat. (kaupungin edustaja, Helsinki.) Espoon mukaan Kela-korvauksen pienentyminen taas on suurin syy julkisen hammashoidon kysynnän kasvuun.

Kokemukset suunterveyspalvelujen hintajoustosta vaihtelivat haastateltavien välillä. Helsingissä yksityinen vastaanotto arvioi hintojen nostamisen näkyvän heti kysynnän laskuna. Vastaavasti Espoossa toimiva yksityinen yritys näki muiden tekijöiden kuten palvelumaksun tai maksuttoman pysäköinnin vaikuttavan hintaa enemmän palvelujen kysyntään. Toimijoiden näkemyseroihin vaikuttanee muun alueella olevan hammashoidon tarjonta. Lähellä Helsingin ydinkeskustaa on paljon tarjontaa, jolloin asiakkaan on helppo valita palveluntarjoaja suoraan hinnan perusteella. Vastaavasti Espoossa hammaslääkäriyritys toimii alueella, jossa ei ole juurikaan muita saman palvelun tarjoajia. Näiden tulosten perusteella hammashoidossa kilpailupaineella on merkitystä hintajoustopuuteen.

Tutkimusten mukaan suun terveydenhuollon palveluiden kysyntä tulee kasvamaan väestön ikääntymisen myötä niin yksityisellä kuin julkisellakin sektorilla (Mikkola ym. 2011, 123). Jo nyt on kuitenkin nähtävissä, että alueilla, joissa yksityinen palveluntarjonta ylittää kysynnän, hinnat ovat laskeneet. Lisäksi yritykset miettivät uusia toimintatapoja, joilla kustannuksia saadaan laskettua. Yhtenä vaihtoehtona on myös perustaa vastaanotto Viroon, jossa tuotantokustannukset

ovat lähes kolmanneksen halvemmat kuin Helsingissä (yritys, Helsinki). Yksityishammaslääkäreiden kysynnän heikentyminen näkyy myös siinä, että toimijat toivovat Helsingin kaupungin lisäävän palvelusetelien myöntämistä. Käytännössä palveluseteli lisää yksityisten vastaanottojen potilasmäärää, sillä myös ne, joilla ei muuten olisi varaa, voivat käyttää yksityisiä palveluita.

Sekä julkisen että yksityisen puolen toimijat kokivat potilaan valinnanvapauden lisäämisen suotuisaksi kehityssuunnaksi hammashoidossa. Vastaajien välillä oli kuitenkin joitain eroja. Julkinen puoli suhtautui valinnanvapauden lisäämiseen varauksellisemmin kuin yritykset. Etenkin Helsingin kaupunki painotti, että potilaan valinnanvapauden lisäämisessä tulee huomioida terveydenhuoltolain säännökset.

”Laki sanoo, että tarpeen mukaan, niin silloin meidän täytyy priorisoida ne, joilla suurin tarve. Silloin, jos tällä tarkoitetaan jotain voucheria tai seteliä, jota annetaan kaikille tarpeesta viis, niin silloin se lyö korville sitä terveydenhuoltolain henkeä. -- Ministeriöillähän on kiireettömän hoidon kriteerit sitä varten tehty, että voitais koko Suomen asukkaat hoitaa samoin kriteerein -- Kun on tarve, se on todettu siihen kuuluu antaa hoitoa. Sitten taas resurssit riittävät vaan tiettyyn määrään hoitoa.”

Lainauksesta käy ilmi, että julkisilla varoilla ei pystytä järjestämään hoitoa kaikille, jotka sitä haluavat, vaan valinnanvapauden lisääminen edellyttää sääntelyä hoidon antamisen perusteisiin. Tutkimusten mukaan sosioekonominen asema vaikuttaa hammashoidon palveluiden käyttöön, sillä potilailla on erilaisia tottumuksia palveluiden käytöstä. Potilas, joka on aikaisemmin käynyt kerran vuodessa yksityisessä hammashoidossa niin sanotussa rutiinitarkastuksessa, ei voi saada vastaavaa määrää palvelua julkisesti tuettuna. (kaupungin edustajat, Helsinki & Espoo.) Terveydenhuollon rahoitusmallin uudistaminen vaatii siten selvitystä niistä perusteista, joilla hoitoa korvataan.

Helsingissä ja Espoossa yksityinen puoli suhtautuu potilaan valinnanvapauden lisäämiseen ja raha seuraa potilasta -ajatuksen erittäin myönteisesti. Haastateltavien mukaan tämän kaltainen malli on kaikkien kannalta paras, koska se johtaa todelliseen kilpailuun markkinoilla, ja siten hintojen laskuun. Tällä hetkellä Espoossa ja Helsingissä on alueita, joilla yksityisellä puolella on ylimääräistä hoitokapasiteettia. Samaan aikaan potilaat jonottavat useita kuukausia kunnalliseen hoitoon pääsyä. Yksityisen puolen mukaan raha seuraa potilasta -malli on myös potilaan kannalta

paras vaihtoehto, koska hoitopaikka voidaan valita omien tarpeiden ja kriteerien mukaan. Mallia on kritisoitu siitä, että se lisää eriarvoisuutta, jos alueiden välinen tarjonta eroaa paljon tai jos henkilöllä ei ole riittäviä valmiuksia tehdä valintapäätöstä (Glenngård ym. 2011, 32). Haastatteluvastausten perusteella etenkin yksityinen puoli uskoo, että julkinen ja yksityinen suun terveydenhuolto voidaan asettaa samalla viivalle siten, että potilaat saavat valita itsellensä sopivimman hoitopaikan useista vaihtoehtoista. Kaupunkien suun terveydenhuollossa uudistukseen suhtauduttiin huomattavasti varovaisemmin. Haastateltavien vastauksissa näkyi erityisesti huoli potilaiden tasa-arvon toteutumisesta ja julkisten resurssien riittävydestä.

Potilaan valinnanvapauden lisääminen voisi parantaa kysynnän ja tarjonnan kohtaamista suun terveydenhuollon markkinoilla. Toimivan kilpailun kannalta on kuitenkin hyvä, jos yritykset joutuvat aidosti kilpailemaan asiakkaista. Tosiasiallinen kilpailu markkinoilla pakottaa hammaslääkäriyritykset toiminnan tehostamiseen ja uusien tuotantotapojen etsimiseen. Raha seuraa potilasta -malli saattaa jopa vähentää toimialan kilpailua ja sen hyötyjä, jos uudessa järjestelmässä potilaita riittäisi kaikille yrityksille yli niiden tosiallisen tarpeen. Toimivan kilpailun kannalta nykyisessä järjestelmässä ongelmana on myös kilpailuneutraliteettivaje, sillä julkinen ja yksityinen suun terveydenhuollon palveluntuottaja ovat eri asemassa samoilla markkinoilla. Nykyisessä tilanteessa julkinen puoli pystyy tarjoamaan samoja palveluita huomattavasti edullisemmin kuin yksityiset palveluntarjoajat. Julkisena toimijana kunnalla ei ole vaaraa joutua konkurssiin tai menettää potilaita, jolloin kannustimet toiminnan tehostamiseen ja vaikuttavuuden lisäämiseen eivät lähtökohtaisesti ole yhtä voimakkaat kuin yksityisellä puolella.

5.4 Markkinarakenne

5.4.1 Yrityskoon kasvu ja ketjuuntuminen

Viime vuosina suun terveydenhuoltoalan suurten yritysten kasvuvauhti on kiihtynyt. Alalla on tapahtunut myös yritysten ketjuuntumista ja verkostoitumista. Samaan aikaan hammashoidon perinteinen pienyrittäjämalli on katoamassa. Lisäksi yhä useampi valmistuva hammaslääkäri haluaa työskennellä ennemmin isossa yrityksessä kuin perustaa oman vastaanoton. Nämä tekijät vaikuttavat suun terveydenhuollon markkinarakenteen muodostumiseen.

Iso hammashoitoyritys näkee ketjuuntumiskehityksen nopeutuvan entisestään lähivuosina. Haastateltavan arvion mukaan 2–3 vuoden kuluttua toimialalla on enää vähän pieniä yhden tai kahden henkilön yrityksiä. Vuonna 2013 Helsingissä oli 426, ja Espoossa 99 hammaslääkäripalveluita tarjoavaa toimipaikkaa. Toimipaikkojen koossa ei henkilöstömäärällä mitattuna ollut juurikaan eroja, vaan toimipaikkarakenne oli hyvin samantapainen molemmissa kaupungeissa. Asukasta kohden Helsingissä on kuitenkin huomattavasti enemmän hammaslääkäreitä kuin Espoossa. Helsingissä myös toimipaikkojen määrä asukaslukuun suhteutettuna on korkeampi kuin Espoossa. (taulukko 7.) Helsingissä yksityisiä palveluita käyttävät myös muiden kaupunkien asukkaat, jotka työskentelevät kaupungissa, mikä selittää osaltaan eroa hammaslääkäreiden ja toimipaikkojen määrässä.

TAULUKKO 7 Hammaslääkäriyritysten toimipaikat ja henkilöstö Helsingissä ja Espoossa vuosina 2006–2013 (Toimiala Online, Tilastokeskus: Yritys- ja toimipaikkarekisteri)

	Espoo		Helsinki	
	Toimipaikat	Henkilöstö	Toimipaikat	Henkilöstö
2006	116	207	468	934
2007	116	229	454	972
2008	116	234	426	951
2009	112	254	425	970
2010	116	258	425	961
2011	104	261	427	1038
2012	100	264	429	1036
2013	99	267	426	1086

Suun terveydenhuollon markkinarakenteen muutos heijastelee perusterveydenhuollossa aikaisemmin tapahtunutta rakennemuutosta. Isot yritykset laajentuvat ostamalla pienempiä ja perustamalla lisää omia vastaanottoja. (ketjuyritys.) Ison yrityksen etuna markkinakilpailussa on joustavuus. Kun yrityksessä on enemmän lääkäreitä, sairastumisten ja muiden poissaolojen paikkaaminen on helpompaa, eikä se vaikuta palvelun laatuun (kaupungin edustaja, Helsinki). Vastaajat eivät kuitenkaan kokeneet ketjuuntumista suun terveydenhuollon markkinoiden ainoana kehityssuuntana. Pienillä yrityksillä on mahdollisuuksia pärjätä toimialalla myös tulevaisuudessa, sillä niiden etuna kilpailussa ovat kustannustehokas hallinto ja laadukkaat palvelut. Yhtäältä kuluttajat arvostavat pientä yritystä ja yksilöllistä palvelua. (yritys Helsinki & ketjuyritys.)

5.4.2 Alalle tulon esteet

Helsingissä ja Espoossa uusien yritysten markkinoille tuloa vähensi eniten suunterveyspalvelujen runsas tarjonta. Paikoittainen ylitarjonta ja yksityisten hammashoitopalveluiden kysynnän vähentyminen ovat johtaneet siihen, että markkinoille aikovalla yrityksellä tulisi olla tiedossa varma potilaskunta tai palvelusopimus kaupungin kanssa ennen markkinoille suuntaamista. Epävarmuudesta ja markkinoille tulon riskeistä kertoo esimerkiksi se, että Helsingin kaupungin ostopalvelukilpailutuksen vuonna 2014 voittanut Coronaria Hoitoketju Oy rakensi uuden hammashoitoyksikön vasta sen jälkeen kun sillä oli varma ostopalvelusopimus kaupungin kanssa. (kaupungin edustaja, Espoo.)

Oman vastaanoton perustamiseen liittyy myös suhteellisen korkeat investointikustannukset, mikä vähentää halukkuutta yrittäjyyteen. Vastaanotto tarvitsee toimitilat ja tietojärjestelmiä, joiden määrä ja vaatimukset ovat lisääntyneet. Yhtäältä aloittavan yrittäjän on liityttävä e-reseptijärjestelmään ja valtakunnalliseen potilastietoarkistoon (ketjuyritys). Skaalatuotannon edut korostuvat, kun tietojärjestelmän hankinta- ja ylläpitokustannukset jakaantuvat isoilla yrityksillä useille toimipisteille. Pienten yritysten on tästä syystä yhä vaikeampi tehdä toiminnastaan kannattavaa. Haastattelujen sekä aikaisemman tutkimuksen perusteella etenkin teknologian vaatimukset nostavat toimialan investointikustannuksia (Mikkola ym. 2007). Suuri yritys pystyy hankkimaan pientä edullisemmin välineitä ja materiaaleja. Lisäksi sen on mahdollista suunnitella tehokkaammin aputyövoiman ja välineistön käyttö. Suurelle ja vakavaraiselle yritykselle myös rahoituksen saaminen on pientä yritystä helpompaa. (Mikkola ym. 2005, 19.)

Hammaslääkäreiden halukkuus perustaa omia vastaanottoja vaikuttaa markkinoiden rakenteisiin. Mitä useampi hammaslääkäri perustaa oman yrityksen, sitä enemmän toimialalla on yrityksiä ja toimipaikkoja. Ison hammaslääkäriyritysten mukaan vastavalmistuneet hammaslääkärit ovat kiinnostuneita työskentelemään valtakunnallisessa yrityksessä, eikä käytännössä kukaan harkitse oman vastaanoton perustamista. Tämä tukee Mikkolan, Vesivalon, Jauhiaisien ja Widströmin (2007) tutkimusta siitä, että nykyinen hammaslääkärisukupolvi näkee isossa yrityksessä työskentelyn houkuttelevampana vaihtoehtona kuin oman praktiikan perustamisen. Työskentely yrityksen palveluksessa antaa mahdollisuuden keskittyä pelkästään kliiniseen työhön, eikä hammaslääkärille tule kannettavaksi liiketilojen ja välineistön investointeihin liittyviä riskejä (Mikkola ym. 2005, 19).

Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella yrittäjyyteen liittyvät riskit ovat kasvaneet viime vuosina, samalla kun oman vastaanoton tuotto-odotukset ovat pienentyneet.

Haastatteluiden ja aikaisemman tutkimuksen perusteella tuotedifferointi suun terveydenhuollon toimialalla on lisääntynyt. Mikkola, Vesivalo, Jauhiainen ja Widström (2007, 188) näkivät isojen yritysten vahvuutena keskittymisen erikoispalveluihin ja korkeaan teknologiaan. Tuotteiden erilaistaminen ei riitä vaan yritysten uudet palvelut tai palvelumuodot vaativat myös niiden markkinoimista kuluttajille, jotta palveluita ostetaan (yritys, Helsinki).

Yleiskuva suun terveydenhuollon markkinoista Helsingissä ja Espoossa on, että alalle tuloon liittyvät riskit ovat suuremmat kuin yritystoiminnan tuotto-odotukset. Seuraavassa osiossa käsitellään yritysten markkinakäyttäytymistä, ja tarkastellaan muun muassa yritysten mahdollisia strategisia vastatoimenpiteitä markkina-aseman säilyttämiseksi. Nämä markkinoilla olevien yritysten strategiset toimenpiteet näyttäytyvät potentiaalisille markkinoille tulijoille riskeinä, jotka vaikuttavat alalle tuloon (Kuoppamäki 2012, 223).

5.5 Markkinakäyttäytyminen

5.5.1 Yhteistyö palvelujen järjestämisessä

Helsingissä ja Espoossa julkinen sektori käyttää sekä ostopalveluja että vuokratyövoimaa suun terveydenhuollon palvelun tuottamisessa. Lisäksi Helsingissä on käytössä palvelusetelijärjestelmä. Kunnat harjoittavat myös keskinäistä yhteistyötä suun terveydenhuollon palveluiden järjestämiseksi siten, että yksi kunta toimii isäntäkuntana muille. Kilpailun edistämällä ja markkinarakenteen hajauttamisella pyritään tehostamaan terveystalouden palveluiden tuotantoa. Julkisten palvelujen kilpailuttamiseen liittyy kuitenkin aina kilpailuttamisprosessista syntyviä hallinnollisia kustannuksia. Täten vaihtoehtoisia palveluntuotantotapoja harkitessa tulee arvioida, missä määrin eri kustannukset vaikuttavat julkisen sektorin kannalta tehokkaaseen kilpailuttamiseen. (Okko ym. 2007, 47.)

Helsinki järjestää osan suun terveydenhuollon palveluistaan palvelusetelin avulla yksityisissä hoitopaikoissa. Kaupunki on määritellyt kriteerit, joiden perusteella se hyväksyy

palvelusetelituottajaksi hakeutuvat palveluntarjoajat. Palvelusetelin käyttäminen mahdollistaa budjettijoustot, koska palvelusetelituottajien kanssa ei ole tehty sitovia sopimuksia. Käytettävissä olevan rahamäärän mukaan kaupunki voi siten lisätä tai vähentää palvelusetelillä lähetettäviä potilaita. (kaupungin edustaja, Helsinki.) Palveluseteli lisää potilaan valinnanvapautta verrattuna siihen, että kunta on valinnut kilpailutuksella yhden yrityksen tuottamaan ulkoistetut palvelut. Kontrolli ja tiedonkulku ovat usein heikompia silloin, kun palvelu ulkoistetaan kokonaan (yritys, Helsinki). Haastateltavien mukaan palvelusetelijärjestelmään liittyy kuitenkin useita ongelmia, jotka aiheuttavat tehottomuutta. Kaupungin ja yksityisen sektorin välillä on myös ristiriitoja palvelusetelituottajaksi hyväksymisestä. Kaiken kaikkiaan kunnat ja yritykset suhtautuivat kuitenkin myönteisesti palvelusetelien lisäämiseen, jos mallia kehitetään ja selkeytetään niin tuottajan kuin kuluttajankin kannalta paremmaksi.

Helsingin suun terveydenhuollon markkinoilla tasapuoliset toimintaedellytykset eivät toteudu täysin, koska ulkomaalaiset ja työnsä aloittavat tai töihin palaavat hammaslääkärit ovat suljettu pois palvelusetelitoiminnasta. Heikko taloustilanne on vaikuttanut siihen, että yhä useampi ennen yksityisellä käynyt potilas toivoo saavansa kaupungin palvelusetelin, jonka turvin voi käyttää edullisesti samaa vastaanottoa kuin aikaisemminkin. Hammaslääkärillä on, siten todellinen riski menettää omia potilaitaan, mikäli hän ei saa kaupungin palvelusetelisopimusta. Helsingissä toimivan yksityisen yrittäjän mukaan kaupunki pyrkii kriteerien kautta ohjaamaan potilaat suomalaisille hammaslääkäreille. Palvelusetelituottajalta vaaditaan suomen ja ruotsin kielitaitoa sekä työskentelemistä avustajan kanssa. Käytännössä useat ulkomaalaiset hammaslääkärit työskentelevät yksin, eivätkä he osaa molempia kotimaisia kieliä, jolloin he eivät myöskään täytä palvelusetelituottajan kriteereitä. Palvelusetelisopimuksen tärkeys markkinoilla johtaa siihen, että ulkomaalaisten hammaslääkäreiden on vaikea työllistyä Helsingissä. Samassa tilanteessa ovat myös uudet ja töihin palaavat hammaslääkärit, koska palvelusetelituottajaksi voi hakeutua vain kerran vuodessa, kaksi kuukautta ennen sopimuksen alkamista. Hammaslääkäri voi siis olla jopa 14 kuukautta ilman palvelusetelisopimusta. Hakumenettely on huono, koska olemassa olevan palvelusetelisopimuksen avulla hammaslääkäri saa käytännössä etulyöntiaseman verrattuna hammaslääkäriin, jolla ei ole sopimusta. Hammaslääkäriyrittäjän mukaan palvelusetelin aiheuttama eriarvoinen asema markkinoilla kasvattaa myös hammaslääkäreiden palkka- ja työsuhde-etuihin liittyviä eroja. (yritys, Helsinki.)

Helsingin ostopalvelukilpailutukset, joissa tarjotulla tuntimäärällä on painoarvo vertailuperusteena, heikentävät pienten ja keskisuurten hammashoitoyritysten mahdollisuuksia menestyä kilpailutuksessa. Helsingin kaupunki ostaa kilpailutettuja sopimukseen perustuvia hammashoidon palveluja 440 tuntia viikossa. Viimeisimmän kilpailutuksen voitti yksi yritys, joka tekee yksin edellä mainitun tuntimäärän palveluita. (kaupungin edustaja, Helsinki.) Kaupungin järjestämässä kilpailutuksessa vertailuperusteena oli kokonaistaloudellinen edullisuus siten, että toimenpidekoodin SFA10 (yhdelta hammaspinnalle ulottuva täyte) hinnan painoarvo oli 70 prosenttia ja viikoittaisen kokonaistuntimäärän 30 prosenttia. Suurimman viikoittaisen tuntimäärän tarjonnut tarjoaja sai kokonaistuntimäärän vertailussa korkeimman pistemäärän enimmäistuntimäärän ollessa 440 tuntia. (Helsinki 2014.) Palveluntuottajaksi olisi siten voitu valita myös useampi tuottaja, mikäli yksikään toimija ei olisi yksin pystynyt tuottamaan koko määrää. Kilpailutuksessa painoarvoa annettiin myös tuotettujen tuntien määrälle yhdessä toimipaikassa, koska Helsingin sopimusmallissa yksityisvastaanotto käyttää kaupungin omaa potilastietojärjestelmää. Tällöin tehokkainta on keskittää hoito yhteen tai kahteen yksikköön. (kaupungin edustaja, Helsinki.)

Haastatellut yksityiset yrittäjät eivät olleet kiinnostuneita osallistumaan Helsingin järjestämiin ostopalvelukilpailutuksiin, sillä kaupungin hammashoidon palveluhankinnoissa vertailuperusteena käytetään tarjottua tuntimäärää. Mahdollisimman suuren tuntimäärän painottaminen aiheuttaa sen, että pienillä hammaslääkärien vastaanotoilla ei ole mahdollisuutta tarjota riittävää palvelumäärää. Myöskään haastateltu valtakunnallinen hammaslääkäriyritys ei ollut kiinnostunut tuottamaan kaupungille ostopalveluita. Ostopalvelusopimusten keskeisimmät ongelmat liittyvät hinnoitteluun ja palvelukriteereihin. Jos potilaalla on pitkä aikaväli viimeisimmän hammashoidossa käynnin jälkeen, hoito on vaikea suorittaa normaalissa toimenpideajassa. Tällöin kaupungin määrittämä hinta ei vastaa hoidon todellisia kustannuksia. (ketjuyritys.) Vastaavasti Espoo painottaa kilpailutuksissaan halvinta hintaa. Tämä aiheuttaa sen, että pienet toimijat eivät pysty kilpailemaan tinkimättä palvelun laadusta. Sopimuskumppanuus vaatii lisäksi hallinnointityötä ja tietojärjestelmien yhtenäistämistä kaupungin kanssa, mikä tekee yhteistoiminnasta helposti tappiollista pienille yrityksille. (yritys, Espoo.) Yhteistyön ongelmana julkisen puolen kanssa on myös toiminnan lyhytjänteisyys. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksityisen yrityksen tulee hankkia resurssit kunnan palveluiden tuottamiseen, vaikka sopimuksen jatkosta ei ole varmuutta.

”... siinä on haaste, että loppujen lopuksi se on kohtuullisen lyhyttemposta eli nyt esimerkiksi tiedän yhden kilpailijan, josta julkinen puoli osti ostopalveluna jotain jonon purkua, jos sitä tehdään vuosi, sitten se loppuu yhtenä kauniina päivänä kuin veitsellä leikaten. Toimintaa on silloin hirveän vaikea kehittää pitkällä aikajänteellä...”
ketjuyritys

Haastattelun toimijan mukaan nämä tekijät puoltavat yrityksille ennemmin oman asiakaskunnan hankkimista kuin ostopalvelusopimuksen tavoittelemista. Yrityksissä ostopalveluiden tuottaminen nähdään riskinä, sillä niiden on helpompi hoitaa pelkästään omia potilaita. Haastattelujen perusteella Helsingissä ja Espoossa markkinoilla on rajallinen joukko yrityksiä, jotka haluavat tai pystyvät osallistumaan kaupungin järjestämiin kilpailutuksiin. Toimivan kilpailun kannalta on ongelmallista jos kuntien hankinnat suosivat tiettytyypisiä yrityksiä. Havainnot Helsingistä ja Espoosta osoittavat, että kaupungit eivät hyödynnä hammashoidon hankinnoissaan täysimääräisesti markkinoilla olevaa kilpailua. Toimivan kilpailun kannalta kuntien tulisi toimia ennakoitavasti ja pitkäjänteisesti, että yrittäjät uskaltavat toteuttaa uusia investointeja. Komulaisen (2010, 133) mukaan julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudessa ominaista on riskin jako toimijoiden kesken. Yksityisten yritysten kokemusten perusteella suun terveydenhuollossa toiminnan riskit ovat suuremmat yksityiselle yrittäjälle kuin kunnalle.

Kunnallisen palvelutuotannon kysynnän kasvu on johtanut osaltaan tilanteeseen, jossa julkinen sektori ei pysty hoitamaan kaikkia potilaita kohtuullisessa ajassa. Yhteistyön kehittäminen on tärkeää, jotta tulevaisuudessakin palveluntarpeeseen voidaan vastata. Espoossa toimiva yksityisen yrityksen mukaan yksi ratkaisu voisi olla potilasjoukon jakaminen julkisten ja yksityisten toimijoiden kesken.

”-- mutta kunta jotenki luulee, että se voi hoitaa kaikki, ja että se pystyis hoitaa kaikki kaksi miljoonaa ihmistä, mutta eihän se niin ole, kun ei ne pysty hoitaa sitä omaa postiaankaan. -- tarvittas sellasta aitoa yhteistyötä. Mun mielestä se on kaikkien osapuolten etu, mutta en mä tiedä miksei se Espoossa kiinnosta. Eikä me nyt oikeestaan sitä tarvita. Me ei tarvita, mutta kunta tarvii ja kuntalaiset tarvis sitä.”

Lainauksesta käy ilmi, että yritys on huolissaan siitä, miten kunta pystyy vastaamaan palvelutarpeeseen. Vastauksena yksityisen puolen toiveeseen yhteistyön lisäämisestä, Espoon

kaupunki uskoo, että yhteistyötä voidaan lisätä ja työnjakoa kehittää. Yhteistyön jarruna on kuitenkin kaupungin näkökulmasta lainsäädäntö ja erityisesti rahoitusmalli, joka vaikeuttaa yksityisen ja julkisen sektorin työnjakoa. Toisaalta Espoon ja Helsingin suun terveydenhuollossa on myös esimerkkejä toimivasta yhteistyöstä julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Kaupungeissa sektorien välinen yhteistyö on ollut välttämätöntä esimerkiksi erikoishammashoidossa, sillä tarvittavaa osaamista ei ole aina pystytty hankkimaan kaupungin omiin hammashoitoloihin. Kaupungit harjoittavat myös keskenään yhteistyötä siten, että suun terveydenhuollossa erikoishoito on järjestetty pääkaupunkiseudun yhteisenä toimintana, jossa Helsinki toimii isäntäkuntana. Lisäksi Helsinki järjestää Espoolle virka-ajan ulkopuolista päivystystä. Kaiken kaikkiaan sekä yksityisen että julkisen sektorin edustajat näkevät yhteistyön kehittämisen tärkeänä, jotta molempien osaamista ja työvoimaa voidaan hyödyntää aiempaa tehokkaammin.

5.5.2 Suorite- ja hintakilpailu

Helsingissä ja Espoossa kaupungin hinnoittelu perustuu potilasmaksuasetuksen määrittelemiін hintoihin. Kaupungit perivät vuoden 2015 loppuun asti palveluistaan asetuksen sallimia enimmäishintoja. Vuoden 2016 asetuksen sallimat enimmäishinnat nousivat, mutta Helsinki ja Espoo eivät ole korottaneet terveydenhuoltomaksujaan. Yksityisellä sektorilla hinnoitteluun vaikuttavat eniten toimenpiteen vaikeusaste ja kesto sekä materiaalikustannukset. (STM 2015; Helsingin Sanomat 2016.)

Helsingin kaupungin hammashoidon palveluseteli luo yritysten välille kilpailua sen kautta tulevista potilaista. Palvelusetelin käyttö on vaikuttanut myös yritysten hinnoitteluun. Yksityiset yritykset tarjoavat palvelusetelihoitoa pienellä omavastuuosuudella, millä houkutellaan lisää asiakkaita vastaanotolle. Yksityisten hammaslääkäreiden hinnoissa on merkittäviä eroja silloin, kun maksamiseen käytetään kaupungin palveluseteliä. (Lassila 2015.) Hammaslääkäriasemat tarjoavat hoitoa palvelusetelillä tuleville potilaille usein halvemmalla kuin muille asiakkaille. Helsingissä kaikki hammaslääkärit eivät peri potilaalta lainkaan omavastuuosuutta tai sen osuus on todella pieni. Helsingin kaupungin mukaan tilanne on tuottajan kannalta hyvä, koska palvelusetelin avulla yksityinen yrittäjä voi saada myös kelakorvauspotilaita. Näkemys perustuu siihen, että palvelusetelin kautta yksityiselle vastaanotolle tullut potilas käyttää samaa vastaanottoa myös jatkossa yksityishoitoihin.

Haastattelujen perusteella markkinoinnin merkitys suun terveydenhuollossa on kasvanut voimakkaasti viime vuosina. Lisäksi toimialalla käytetyt markkinointikeinot ovat monipuolistuneet. Ennen kaikkea yrityskoon kasvu vaikuttaa markkinoinnin lisääntymiseen. Ison yrityksen on lähtökohtaisesti helpompi löytää rahaa markkinointiin kuin yhden tai kahden vastaanoton yrityksen (ketjuyritys). Markkinoinnin merkityksen kasvaminen vahvistaa edelleen isojen yritysten asemaa markkinoilla.

Paremmat resurssit vaikuttavat siihen, että suurella yrityksellä on käytettävissään huomattavasti monipuolisempi valikoima markkinointikeinoja kuin pienellä toimijalla. Pienten hammashoitoyritysten tärkein markkinointikanava ovat yrityksen internetsivut. Yksityisellä puolella on vielä jonkin verran sanomalehtimainontaa, mutta sen määrä on vähentynyt merkittävästi viime vuosina. Nykyään etenkin pienet yritykset hyödyntävät Google-näkyvyyttä markkinointikeinona. (yritykset, Helsinki & Espoo.) Ketjuyritykselle on tärkeää myös sen omien asiantuntijoiden kautta näkyminen alan lehdissä ja julkaisuissa.

Yritysten välillä havaittiin eroja niiden käyttämissä markkinointikeinoissa. Tämä tukee aikaisemmassa tutkimuksessa saatuja havaintoja siitä, että hammashoitoyritysten markkinointipanostukset eroavat melko paljon (Mikkola ym. 2007, 180). Pienet yritykset eivät kokeneet alennuskampanjoiden tai näkyvien mainosten käyttämistä heille hyödyllisenä. Ne uskoivat hoidon laadun vaikuttavan siihen, että asiakas haluaa jatkossakin käyttää heidän vastaanottoaan. Helsingissä ja Espoossa isoilla yrityksillä on massiivisia markkinointikampanjoita, ja ne tekevät markkinointiyhteistyötä myös muiden toimialojen yritysten kanssa. Sen sijaan pienet yritykset näyttävät tukeutuvan markkinoinnissaan pääasiassa internetmainontaan ja asiakkaiden kautta välittyvään tietoon.

Haastellut yritykset pitivät asiakaskohtaamisissa tapahtuvaa markkinointia tärkeänä. Iso yritys kouluttaa henkilökuntaansa myymään ja tarjoamaan palveluita myös hoitokäynnin aikana. Haastattelujen perusteella yrityskoko vaikuttaa siihen, käyttääkö yritys asiakkaiden kutsupalvelua. Tällä tarkoitetaan olemassa olevien asiakkaiden kutsumista hoitoon säännöllisesti esimerkiksi puhelimitse tai kirjeellä. Pieni yritys koki asiakkaiden kutsumisen kannattamattomana siihen sitoutuviin resursseihin nähden. Iso yritys taas piti sitä yhtenä merkittävimmistä toimintavoista asiakkaiden hankkimiseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa yksityiset hammaslääkärit pitivät

olemassa olevien asiakkaiden hoitoon kutsumista tärkeimpänä markkinointikeinona (Ngyen 2008; Mikkola ym. 2007). Tutkimuksesta saatujen havaintojen perusteella hammaslääkäriyritysten toimintatavat ovat kuitenkin muuttuneet ja muuttuvat jatkuvasti markkinarakenteen muutoksen seurauksena. Markkinoinnin painopiste on siirtynyt yhä enemmän internettiin. Yrityskokojen kasvaminen on tuonut alalle myös suurempia markkinointibudjetteja ja palvelujen aktiivinen mainostaminen on yleistynyt.

Haastatellun ketjuyrityksen mukaan isossa organisaatiossa tehdään paljon kehitystyötä, ja niiden tavoitteena on olla toimialan edelläkävijä. Esimerkkinä palvelutarjonnan kehittamisestä on internet-palvelu, jonka kautta asiakas voi tarkastella hänelle tehtyjä toimenpiteitä ja tarkistaa ajanvaraukset (ketjuyritys). Tämän kaltaisilla lisäpalveluilla yritykset pyrkivät erottumaan kilpailijoistaan ja kehittämään palveluidensa laatua. Lisäksi kilpailussa menestymiseen vaikuttavat terveysasemien laitteisto ja hoito, asiakaspalvelu ja markkinointi sekä oheispalvelut, kuten ilmainen pysäköinti ja internetajanvaraus (yritys, Espoo; Saxell 2014, 3). Haastateltu ketjuyritys oli myös rakentanut valmiita palvelupaketteja, joihin kuuluu useita hoitotoimenpiteitä. Palvelukokonaisuuksilla pyritään helpottamaan kuluttajan ostopäätöstä ja samanaikaisesti lisäämään palvelujen käyttöä. Yritysten haastattelujen perusteella markkinoilla olevat yritykset pyrkivät Kanniaisen (2001) esittämään oman asemansa vahvistamiseen, joka vaikuttaa potentiaalisten alalle tulijoiden päätöksiin.

Iso hammaslääkäriyritys uskoo, että yhteistyön lisääminen muiden terveydenhuoltoalan yritysten kanssa on mahdollista. Suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon synenergiaetuja ei tunnistettu esimerkiksi Mikkolan (2005, 19–20) tutkimuksessa, jossa asiaa selvitettiin isojen hammashoitoyritysten toimitusjohtajilta. Haastatellun yrityksen mukaan yhteistyön hyödyt perustuvat siihen, että osa suun terveyden ongelmista aiheuttaa myös muita vaivoja tai muut terveyttä haittaavat tekijät vaikuttavat hammasterveyteen. Esimerkiksi purentaongelmiin voi saada apua korjaamalla päänsärkyä aiheuttavia tekijöitä, joten hammaslääkärillä tulisi olla mahdollisuus lähettää potilas samalla fysioterapeutin vastaanotolle. (ketjuyritys.) Yhteistyöhalukkuuden kasvu ja uusien synenergiaetujen etsiminen kertovat lisääntyneestä kilpailusta. Yritysten on tarjottava asiakkaille yhä monipuolisempia ja parempia palveluita, joihin esimerkiksi mutkaton hoitoketju hammashoidon ja muun terveydenhuollon kanssa lukeutuu.

5.6 Markkinoiden suorituskyky

Yksityistä hammashoitoa on totuttu pitämään kalliina. Julkisten hammashoitopalvelujen tultua aikuisväestön käyttöön, palveluntarvitsijan valinnanmahdollisuudet lisääntyivät. Suun terveydenhuollon toimialan kannattavuuden tarkastelu osoittaa, että ala on hyvin kannattava verrattuna moniin muihin toimialoihin. Hyvä kannattavuus ei kuitenkaan välttämättä kannusta yrityksiä aktiiviseen toiminnan kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa toimialan suorituskyvyn katsotaan määräytyvän markkinoiden rakenteista ja markkinakäyttäytymisestä. Porterin (1990) teorian mukaan markkinoilla kohdattu kilpailupaine saa yritykset toimimaan tehokkaammin. Kilpailupaineen alla yritysten on pyrittävä aktiivisesti kehittämään toimintaansa ja innovoimaan uutta. Oletuksena on, että toimiva kilpailu markkinoilla saa aikaan myös toimialan hyvän suorituskyvyn.

Allokatiivinen tehokkuus kertoo siitä, miten hyvin palvelut ovat kohdentuneet. Suun terveydenhuollon toimialalla tätä kysymystä voidaan miettiä siitä näkökulmasta, saavatko hoitoa ne, jotka sitä eniten tarvitsevat. Terveydenhuollossa on huomioitava myös ennaltaehkäisevän hoidon merkitys. Väestötutkimusten mukaan suomalaisten aikuisten suun terveys on suhteellisen huonolla tasolla, mutta lasten ja nuorten suunterveys on hoidettu hyvin. (Suominen-Taipale, Vehkalahti, Nordblad & Aromaa 2004, 162–163; Widström & Seppälä 2014.)

Bainin (1964) mukaan markkinoiden suorituskykyä voidaan arvioida kysynnän voimakkuutena tehdyille tuotteille tai sillä, miten tarjonta on onnistunut vastaamaan kysyntään. Helsingissä kunnallinen hammashoito ei pysty vastaamaan kaikkeen siihen kohdistuvaan kysyntään. Samaan aikaan yksityistä hammashoitoa on kuitenkin tarjolla runsaasti. Helsingin alueella yksityisiä hammashoidon palveluita on tarjolla keskimäärin enemmän kuin muissa Suomen kaupungeissa. Helsingissä on tilanne, jossa yksityiset vastaanotot haluavat lisää hoidettavia potilaita ja julkisella puolella taistellaan pidentyviä hoitajonoja vastaan. Yksityisen ja julkisen sektorin kysynnän epätasapaino aiheuttaa tehottomuutta. Toisaalta potilaspula voi olla myös positiivinen ilmiö, joka lisää yritysten keskinäistä kilpailua ja laskee hintoja.

5.6.1 Toiminnallinen tehokkuus

Julkisen ja yksityisen puolen edustajien mukaan yksittäisistä tekijöistä monikanavainen rahoitusjärjestelmä aiheuttaa eniten tehottomuutta suun terveydenhuollossa. Lähtökohtaisesti monikanavainen rahoitus mahdollistaa kustannusvastuun siirtämisen muille, mikä johtaa helposti tehottomuuteen ja epäoikeudenmukaisuuteen. Järjestelmän kannustimet ovat oman toiminnan tarkastelussa, eikä yksittäisen asiakkaan hoidossa ja palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Monikanavaisuus mahdollistaa myös päällekkäisen ja kannattamattoman tuotantokapasiteetin ylläpitämisen, vaikka se ei olisi yhteiskunnan kannalta tarpeellista. Rahoituksen moninaisuuden tehottomuus ilmenee esimerkiksi päällekkäisinä investointeina, kiistoina hoidon maksamisesta ja hoitoketjun pirstoutumisena. Monikanavarahoitus vaikeuttaa myös rahoituksen määrän ja tarpeen hallinnointia sekä aiheuttaa eri väestöryhmien ja alueiden välille eriarvoisuutta. (THL 2011, 24, 27.)

Rahoituksen monikanavaisuuden vaikutus on merkittävä etenkin hammashoidossa. Monikanavaisen rahoituksen uskotaan tukevan hammashuollon kaksien palvelumarkkinoiden toimintaa. Kasvaneet sairausvakuutuskorvaukset ovat 2000-luvulla vahvistaneet markkinoiden eriytymistä sekä väestön jakautumista yksityisen ja julkisen hammashoidon käyttäjiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan sairausvakuutuskorvaukset ovat nostaneet myös hammashoidon palvelujen hintatasoa. Terveidenhuollon asiantuntijoiden mukaan vuoden 2008 alussa hammaslääkäripalkkioiden sairausvakuutustaksan nostamisessa osa korotuksesta siirtyi suoraan hintoihin. (THL 2011, 40.)

Haastateltavien mukaan suun terveydenhuollossa on myös joitain toiminnallisia tekijöitä, jotka vaikeuttavat tehokkuuden parantamista. Helsingin kaupungin edustajan mukaan kunnallisella puolella yksi suun terveydenhuollon tehokkuutta jarruttava tekijä on hammaslääkärien palkkausjärjestelmä:

” -- meidän hammaslääkärien palkkausjärjestelmä on vuosien ja vuosikymmenien saatossa tullut sellaiseksi, että toimenpidepalkkioilla on kokonaispalkasta suuri osuus. Eli 2/3 tulee peruspalkasta ja 1/3 joskus jopa vähän enemmän, mutta keskimäärin se tulee toimenpidepalkkioista. – Hammaslääkäriliitto ja kunnallinen työmarkkinalaitos, jotka työehtosopimukset neuvottelevat, niin se on sellainen, joka ruokkii että hammaslääkäri on toimentulonsa varmistamiseksi hyvä tehdä paljon toimenpiteitä.”

Käytännössä palkkausmalli voi kannustaa hammaslääkäreitä suorittamaan mahdollisimman paljon toimenpiteitä, eikä miettimään ensisijaisesti hoidon vaikutuksia potilaan terveyteen (kaupungin edustaja, Helsinki). Tätä näkökulmaa ei kuitenkaan tutkimusten perusteella pidetä hammaslääkäreiden käyttäytymistä hallitsevana tekijänä, vaan Arrow (1963) mukaan lääkäreiden toimintaa ohjaa huoli potilaan terveydestä. Espoon kaupungin mukaan toiminnan tehokkuutta jarruttavat henkilöstön pitkät lomat ja sairaspotilaiden runsaus. Kaupunki pyrkii tehostamaan toimintaansa paremmalla työvuorosunnittelulla, joka mahdollistaisi tilojen tehokkaamman käytön. Lisäksi julkisen puolen edustajat näkivät tehokkuuden kannalta ongelmana vastaanottoaikojen joustamattomuuden ja hitauden uusiin työtapoihin siirtymisessä. Yksityisellä puolella tehokkuuden ongelmana esiin nousi hammaslääkärityön tekeminen työpareina. Hammaslääkäri ja hammashoitaja tekevät toimenpiteet yhdessä, mikä nostaa alan työvoimakuluja ja siten heikentää myös tehokkuutta.

Molemmissa case-kaupungeissa julkinen puoli on aktiivisesti tehostanut toimintaansa. Espoo toteutti vuoden 2016 alusta organisaatiomuutoksen. Aikaisemmin kaupungin yksiköillä on ollut lähinnä talousvastuu, mutta muutoksen jälkeen yksiköt ovat myös tulostavuuksia toiminnastaan. Perinteisen vastaanottomallin heikkous on aikojen joustamattomuus. Espoossa julkisella puolella vastaanottomallissa ei ole juuri joustoa, minkä vuoksi toimenpidekertoja yhdelle asiakkaalle kertyy useita pelkästään sen takia, ettei vastaanottoaikaa voida pidentää kesken käynnin. Helsingin kaupungilla vastaanottoaikojen joustamattomuutta ei nähty isona ongelmana, vaan työskentelevä hammaslääkäri tai suuhygienisti voi tilanteesta riippuen arvioida vastaanottoajan pidentämisestä. Espoo ja Helsinki olivat mukana sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa vastaanottotoimintaa kehittävässä Hyvä potku -hankkeessa, jonka tavoitteena oli parantaa palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta. Hyvä potku -mallin ajattelu perustui jatkuviin pieniin parannuksiin, joiden kautta hyvät toimintamallit yleistyvät. Toiminnan tehostuminen vapauttaa voimavaroja terveyshyötyä tukevaan työhön, mikä lisää palveluiden vaikuttavuutta. (kaupungin edustajat, Helsinki & Espoo.)

Kaupungit huomioivat hoidon vaikuttavuuden, ja vaikuttavuuden parantamiseen käytetään aikaisempaa enemmän resursseja. Esimerkiksi Espoo suunnittelee terveydenhuollon laaturekisterin kehittämistä, jonka kautta voidaan parantaa potilaiden uusintakäyntien seurantaa. Erityishuomiota Espoossa on kiinnitetty suunterveyspalveluiden suurkuluttajiin, jotta heidän käyntikertojensa määrää saataisiin vähennettyä. Yksityisen sektorin edustajan mukaan julkisen palvelun käyttäminen on joskus jopa kalliimpaa kuin yksityinen hammashoito. Haastattelun yrittäjän mukaan yksityisellä

puolella esimerkiksi juurihoidossa käyntikertoja tulee potilaalle keskimäärin vähemmän kuin julkisella puolella. Useista hoitokerroista taas kertyy useita käyntimaksuja, jotka nostavat hoidon kokonaishintaa. Vertailu yksityisen ja julkisen sektorin kesken on vaikeaa erilaisista toimintatavoista johtuen. Suun terveydenhoidon tehokkuuden kannalta on kuitenkin parempi mitä vähemmän hoitokertoja potilas tarvitsee.

Hoitotakuu toteutui kohtalaisesti Helsingissä ja hyvin Espoossa vuonna 2015. Espoon kaupunki on pysynyt hyvin hoitotakuun rajoissa, eikä kunnalliseen hoitoon ole ollut jonoa vuoden 2007 jälkeen. Vuonna 2015 Espoo antoi hammashoidon tarkastusajan viimeistään kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Kaupunki on päässyt hyvään jonojen hallintaan kiinnittämällä huomioita kysynnän ja tarjonnan kohtaamiseen, jonka seurauksena jonotusjärjestelmää on tehostettu.

”Kysyntä ja tarjonta ei ihan vastannu vuositasolla, koska tammikuussahan meillä tulee hirvee piikki, kun taas yksityisellä on tosi hiljasta.. -- jossain vaiheessa meillä kyllä oli niitä tarkastusaikoja, mutta kukaan ei soittanut niitä sieltä jonosta niin sitte niitä muutettiin jatkoajoiksi. Ja jotain ensiapuaikoja oli liikaa, et se oli vaan semmosta mittaamista, katottiin että kysyntä ja tarjonta vastaa. -- päätettiin ettei laiteta enää jonoon, koska se jonon hallinta on aina työlästä” kaupungin edustaja, Espoo

Helsingissä hoitoonpääsy on ollut hitaampaa ja kaupungilla on ollut ongelmia pysyä hoitotakuun asettamissa rajoissa. Helsingissä on suhteessa enemmän julkisten palvelujen käyttäjiä ja asukkaiden sosioekonominen asema on Espoota heikompi. Tämä asettaa kaupungit erilaiseen tilanteeseen, kun arvioidaan hoitoonpääsyn toteutumista. Helsinki on joutunut useampaan kertaan vastaamaan hoitotakuun toteutumista seuraavalle aluehallintovirastolle. Kaupunki on järjestänyt jononpurkua esimerkiksi siten, että sen hammaslääkärit hoitavat yhden kuukauden ajan pelkästään jonossa olevia potilaita. Toisaalta jonon purkaminen vie resursseja muusta toiminnasta, mikä saattaa aiheuttaa tehottomuutta, sillä akuuttia hoitoa joutuu odottamaan normaalia pidempään. Osa kaupungeista on tehostanut toimintaansa muuttamalla laajemmin omia toimintatapojaan. Esimerkiksi Jyväskylä ja Lohja käyttävät Megaklinikka Oy:n toimintamallia, josta on saatu tehokkuuden kannalta hyviä tuloksia myös kunnallisella puolella. (kaupungin edustajat, Helsinki & Espoo.)

Vaikka Helsingissä on eniten toimijoita, ja siten lähtökohtaisesti eniten kilpailua, kaupungin hintataso on korkeampi kuin muualla Suomessa. Myös valtakunnalliset toimijat perivät usein hammashoidosta korkeampaa hintaa Helsingissä kuin muissa maakuntien keskuskaupungeissa. Kuluttajaliiton tekemässä tutkimuksessa havaittiin eroja myös saman yrityksen hinnoittelussa kaupungin sisällä. Esimerkiksi Dextran Munkkivuoren hammaslääkärivastaanotto oli useassa toimenpiteessä jopa 10 prosenttia halvempi kuin Helsingin ydinkeskustassa sijaitseva vastaanotto. (Kuluttajaliitto ry 2015.)

5.6.2 Yritysten kilpailukyky

Suun terveydenhuollon markkinoiden toimivuus ja kilpailullisuus näyttävät lisääntyneen viime vuosina, mikä vaikuttaa myös toimialan kilpailukyvyn parantumiseen. Porterin viiden voiman mukaisen tarkastelun perusteella yritykset kohtaavat kilpailupainetta ja joutuvat aidosti kilpailemaan potilaista. Suun terveydenhuoltoalan yritysten ja toimipaikkojen lukumäärä on vähenemässä. Hammaslääkäreiden kannustimet ryhtyä yrittäjäksi ovat melko pienet, eikä uusia yhden tai kahden henkilön yrityksiä enää juuri perusteta. Uusien alalle tulijoiden uhka toimialan yrityksille on siten pieni. Sen perusteella markkinoilla olevilla yrityksillä ei ole tarvetta ryhtyä suuriin strategisiin toimenpiteisiin markkina-asemansa säilyttämiseksi. Suun terveydenhuollon alalle on kuitenkin tullut uusia kilpailijoita, jotka pyrkivät vakiinnuttamaan asemaansa markkinoilla uusilla innovaatioilla ja tuotedifferoinnilla. Etenkin isojen yritysten kesken on kilpailua ja ne pyrkivät omalla toiminnallaan vahvistamaan markkina-asemaansa. Toimialan hidas kasvu on saanut aikaan kilpailua keskeisistä markkinoista. Myös markkinointikeinot ovat laajentuneet ja isojen yritysten markkinointi on aiempaa näkyvämpää. Kokonaisuudessaan yritysten välinen kilpailu on lisääntynyt kymmenessä vuodessa suhteellisen paljon, ja kilpailu kiristyy entisestään kilpailijoiden koon kasvaessa. Yksityisten yritysten uhkana ovat myös julkisen hammashoidon palvelut, jotka vastaavat laadultaan yksityistä palvelua. Lisäksi heikentynyt taloustilanne ja yksityisen hammashoidon tuen pienentyminen kasvattavat julkisen hammashoidon kysyntää.

Yritysten riippuvuus tavarantoimittajista on lisääntynyt toimialan vaatimusten kasvaessa. Lisäksi isot yritykset pystyvät neuvottelemaan toiminnassa tarvittavia materiaaleja ja välineitä halvemmalla kuin pienet yritykset. Lähtökohtaisesti niiden kilpailukyky on siten parempi, koska ne pystyvät tuottamaan samoja palveluita halvemmalla kuin pienet vastaanotot. Hammashoito on harvoin

ihmisten terveyden kannalta ensitilassa hoidettavaa, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus etsiä hoitopaikkaa pidempään. Potilailla on jo näiden erityispiirteiden vuoksi neuvotteluvoimaa palvelun valinnassa. Myös kunnat ovat lisänneet yksityisten suun terveydenhuoltopalvelujen käyttämistä palveluntuotannossaan. Kuntien määrittelemät palvelusetelikriteerit asettavat toiminnalle vaatimuksia, joiden täyttäminen vaikuttaa yrityksen kilpailukykyyn. Jo pelkästään se, että Helsingissä ja Espoossa on tarjolla paljon yksityistä hammashoitoa, lisää pääkaupunkiseudun asukkaiden neuvotteluvoimaa hoitopaikan valinnassa.

Porterin viiden voiman mukaisen kilpailukykyanalyysin perusteella suun terveydenhuoltoyritysten kilpailupaine on kasvanut. Tällä hetkellä toimialan kilpailuolosuhteet suosivat etenkin isoja yrityksiä. Ainakin Helsingissä ja Espoossa pienten ja keskisuurten hammashoitoyritysten kilpailukyky on heikentynyt ja vaatimusten kasvaessa pärjääminen kilpailussa on yhä epävarmempaa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Kilpailu suun terveydenhuollossa

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa markkinaolosuhteiden tarkastelun kautta, miten kilpailu toimii suun terveydenhuollon markkinoilla. Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin SCP-mallia, jonka mukaan markkinarakenteet ja markkinakäyttäytyminen määrittelevät toimialan suorituskyvyn. Tutkimuksessa pyrittiin löytämään markkinoiden ja kilpailun toimivuuteen liittyviä ongelmia ja selvittämään miten kilpailua voidaan edistää suun terveydenhuollon markkinoilla.

Tutkimuksen tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Mitä kilpailulla tarkoitetaan terveydenhuollossa?
2. Mitkä ovat toimivaa kilpailua rajoittavia tekijöitä suun terveydenhuollon markkinoilla?
3. Miten kilpailua suun terveydenhuollon palveluissa voidaan edistää?

Kilpailu terveydenhuollossa eroaa muiden tavanomaisten hyödykkeiden kilpailusta. Keskeinen ero on se, että yhteiskunta tuottaa suuren osan terveystalvetaista, ja niiden tarjonta poikkeaa kilpailullisten markkinoiden toiminnasta. Tutkimuksessa esitettiin kaksi eri näkökulmaa kilpailun soveltuvuudesta terveydenhuoltoon. Ensimmäisen näkökulman mukaan kilpailu soveltuu terveydenhuoltoon, koska sen avulla saavutetaan tehokas palvelutuotanto. Vastakkaisen näkemyksen mukaan kilpailu ei sovellu terveydenhuoltoon, koska palveluihin liittyy tiedon epäsymmetria potilaan ja lääkärin välillä. Lisäksi kilpailun haitallisuuden perusteena on, että se voi johtaa tuottajien väliseen kilpavarusteluun.

Terveydenhuollon toimivaa kilpailua tavoitellaan usein potilaiden valinnanvapauteen perustuvalla järjestelmällä. Tällä pyritään tehostamaan yritysten välistä kilpailua ja siten parantamaan toimialan tehokkuutta (Saxell 2014). Kilpailua terveydenhuollossa rajoittaa kuitenkin terveyden ja liiketoiminnan etiikoiden yhteensopimattomuus, mikä puoltaa myös terveydenhuollon järjestämisen sääntelyä. Toenjes (2002) esitti, että liiketoiminnan ja terveydenhuollon toimintamallien yhdistämistä vaikeuttavat muun muassa asiakkaiden tiedonpuute, rajallinen neuvotteluvoima ja se, että hinnasta neuvotellaan usein kolmannen osapuolen kanssa, eikä asiakkaan ja tuottajan välillä. Terveydenhuollon kilpailua vaikeuttaa myös se, että kaikkialla ei ole riittävän suuria paikallisia

markkinoita toimivan kilpailun aikaansaamiseksi. Terveystenhuollon kilpailussa yritysten tulisi keskittyä ensisijaisesti hoidolla ja sen laadulla kilpailuun. Lisäksi asiakkailta tulisi olla saatavilla riittävästi tietoa palveluista, jotta he pystyvät valitsemaan itsellensä sopivimman palvelun. Kilpailun hyödyntäminen terveydenhuollossa vaatii siis useiden seikkojen huomioimista, jotta se on yhteiskunnan kannalta hyödyllistä ja oikeudenmukaiset terveyspalvelut toteutuvat.

Julkisella sektorilla omaksuttu uusi julkisjohtaminen on häivyttänyt julkisen ja yksityisen toiminnan rajoja. Julkishallinnon toiminta on lähentynyt yksityisten yritysten toimintatapoja, korostaen etenkin taloudellisten asioiden merkitystä. Julkishallintoon on omaksuttu myös pysyvästi tuloksellisuuden, tuottavuuden ja taloudellisuuden -käsitteet. Kun julkisten terveyspalvelujen kysyntä ylittää niiden tarjonnan, kunnallisen palvelutuotannon tueksi tarvitaan yksityisen sektorin palveluita. Suun terveydenhuollossa julkinen ja yksityinen sektori ovat pitkään toimineet rinnakkain, mutta erillisinä järjestelminä. Suunterveyspalvelujen käyttäjät ovat jakautuneet yksityisen ja julkisen palvelun käyttäjiin. Nykyinen palvelunjärjestämismalli on potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon kannalta melko tehoton ja epäoikeudenmukainen. Tutkimukseen valitun näkökulman mukaan kilpailu kannustaa markkinoilla olevia yrityksiä tuottamaan palveluitaan mahdollisimman tehokkaasti ja tuottavasti.

6.2 Kilpailun toimivuuden ongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli löytää toimivaa kilpailua rajoittavia tekijöitä suun terveydenhuollon markkinoilla sekä muotoilla ehdotuksia siitä, miten toimivaa kilpailua markkinoilla voidaan edistää. Tutkimuksen näkökulmana oli kilpailun ja markkinoiden toimivuus. Kilpailun ja markkinoiden toimivuuden näkökulmasta tutkimuksessa keskeisimmät esille tulleet osa-alueet ovat:

- Markkinamekanismin toimimattomuus
- Kuntien toiminta, joka vaikeuttaa kilpailun toimivuutta
- Rahoitusjärjestelmän aiheuttama tehottomuus

Tutkimustulosten perusteella Helsingissä suun terveydenhuollon palveluiden kysyntä- ja tarjonta eivät kohtaa. Keskeisin ongelma on, että yhä suurempi joukko palveluntarvitsijoista odottaa hoitoa julkisella sektorilla samaan aikaan, kun yksityisellä puolella on vapaata kapasiteettia. Yksityinen

sektori ei kuitenkaan pysty kilpailemaan hinnalla julkisen palveluntarjoajan kanssa, koska julkista palvelua subventoidaan verovaroin. Yksityisen yrittäjän on lähtökohtaisesti tuotettava toiminnallaan voittoa, jotta yritystoiminta on kannattavaa. Vaikka tietyllä alueella olisi runsaasti hammaslääkäriyrityksiä, kaikki kuluttajat eivät kuitenkaan taloudellisista syistä pysty hyödyntämään yksityistä palvelutarjontaa.

Tutkijoiden mukaan kuluttajan valinnanvapautta edistämällä saavutetaan kilpailuhyötyjä ja parannetaan hyvinvointipalvelujen tuottavuutta (esim. Le Grand 2007). Julkisten palvelujen riittämättömyys lisää eriarvoisuutta. Ne, joilla on varaa, pystyvät hankkimaan saman palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta nopeasti, mutta julkiseen hammashoitoon turvautuva joutuu jonottamaan usein kuukausia päästääkseen hoitoon. Ulkomailta löytyy esimerkkejä siitä, miten terveydenhuoltojärjestelmiä on rakennettu enemmän markkinoiden ja toimivan kilpailun varaan. Esimerkiksi raha seuraa potilasta -malliin perustuva järjestelmä, voi osaltaan ratkaista resurssien jakautumisongelmaa. Toimiakseen tämän kaltainen järjestelmä kuitenkin tarvitsee riittävän määrän palveluntuottajia, jotta potilaalla on aidosti mahdollisuus valita hoitopaikka. Helsingissä ja Espoossa potilailla on runsaasti vaihtoehtoja hammaslääkäripalveluiden valinnassa. Lisäksi kaupunkien suun terveydenhuollon markkinoilla yritysten välillä havaittiin hinnalla, laadulla ja palveluvalikoimalla kilpailua asiakkaiden saamiseksi. Tutkimuksessa saatujen havaintojen perusteella suurimmissa kaupungeissa valinnanvapauteen perustuva järjestelmä voisi parantaa merkittävästi kysynnän ja tarjonnan kohtaamista. Yksityisten suunterveyspalvelujen tarjonta on kuitenkin pääkaupunkiseudun ulkopuolella huomattavasti vähäisempää, mikä vaikeuttaa toimivan kilpailun olosuhteiden saavuttamista koko maassa.

Toinen kilpailun toimivuuden kannalta keskeinen ongelma liittyy kuntien käyttäytymiseen. Suun terveydenhuollon markkinoilla markkinamekanismi ei toimi optimaalisesti, sillä julkisen vallan toimenpiteet ja tuet vaikuttavat markkinoiden toimintaan. Esimerkiksi kuntien tarjouskilpailut näyttävät usein karsivan pienet hammashoitoyritykset pois tarjouskilpailuista. Kunnat painottavat kilpailutuksissa pääsääntöisesti halvinta hintaa ja tarjottua tuntimäärää. Helsingissä ja Espoossa yksityinen sektori ei nähnyt kilpailutuksiin osallistumista kannattavana, koska yhteistyö vaatii paljon hallinnollista työtä, toiminta on lyhyttempoista, eikä pieni yritys pysty kilpailemaan hinnalla suurten yritysten kanssa. Kaupunkien tekemät ostopalveluhankinnat voivat aiheuttaa usein tehottomuutta markkinoille, jos sen seurauksena yksi iso toimija saa koko työmäärän tarjotusta hinnasta riippumatta. Tällaisessa tapauksessa kaupunki maksaa enemmän kuin sellaisessa

tilanteessa, jossa se pystyisi aidosti hyödyntämään markkinoilla olevaa kilpailua hankinnoissaan. Helsingissä ja Espoossa kilpailutukseen osallistuja ei ollut läheskään yhtä paljon kuin markkinoilla olevia toimijoita. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että edellä mainitut kaupungit eivät hyödynnä hankinnoissaan täysimääräisesti kilpailun tuomia mahdollisuuksia.

Kunnat ostavat suun terveydenhuollon palveluita yksityisiltä markkinoilta. Jotta yritys pystyy hankkimaan markkinavoimaa tätä kautta, sen tulee täyttää mahdollisimman hyvin kunnan asettamat kriteerit, ei ensisijaisesti tuottaa palveluita, jotka vastaavat kuluttajien tarpeita. Toimialalla on sekä julkista että yksityistä suun terveydenhuoltoa, jotka ovat lähtökohtaisesti yhtä laadukkaita. Toimijoiden välillä on kuitenkin kilpailuneutraliteettiongelmia, jotka estävät toimivan kilpailun kehittymistä. Terveydenhuollon asiakkaalle ei käytännössä ole väliä sillä, hankkiiko hän palvelunsa kunnalliselta vai yksityiseltä vastaanotolta. Tällöin kulutus ohjautuu ensisijaisesti asiakkaalle halvempaan julkiseen hammashoittoon. Yksityinen yritys hyötyy sitä enemmän, mitä heikommin julkinen puoli kykenee tarjoamaan palveluita niitä tarvitseville potilaille. Mikäli julkisen hammashoidon jonot ovat pitkät, yhä useampi potilas hakeutuu hoitoon yksityiselle sektorille.

Osa kunnista käyttää myös palveluseteliä julkisen hammashoidon ruuhkien helpottamiseksi ja pysyäkseen hoitotakuun rajoissa. Tutkimuksen havaintojen perusteella kunnan jakamat palvelusetelit lisäävät yksityisten yritysten välistä kilpailua ja alentavat potilaiden maksamia hintoja. Palvelusetelijärjestelmä on kuitenkin hallinnollisesti tehoton, eikä palvelusetelitä ole mahdollista jakaa kaikille palveluntarvitsijoille. Lisäksi kilpailuneutraliteetin kannalta on ongelmallista, että palvelusetelituottajaksi voi hakeutua vain kerran vuodessa. Yksittäiselle hammaslääkärille tämä voi tarkoittaa sitä, että hän on eriarvoisessa asemassa jopa 14 kuukautta. Tällä hetkellä palvelusetelijärjestelmä näyttää vaikuttavan merkittävästi Helsingin suun terveydenhuollon markkinoihin. Tutkimushaastattelujen perusteella hammaslääkärit eivät kuitenkaan ole tyytyväisiä palvelusetelin kriteereihin ja myöntämisperusteisiin. Palvelusetelijärjestelmän oikeanlainen kehittäminen voisi kuitenkin merkittävästi parantaa markkinoiden kilpailutilannetta.

Markkinoiden ja kilpailun toimivuutta suun terveydenhuollossa rajoittaa myös rahoituksen monikanavaisuus. Tutkimuksen mukaan rahoitusjärjestelmän selkeyttäminen lisäisi todennäköisesti tehokkuutta ja edistäisi toimialan kilpailua. Raha seuraa potilasta -malli, mahdollistaisi yksityisten hammashoitopalveluiden paremman hyödyntämisen. Nykyisin resurssit ovat jakaantuneet

epätasaisesti julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Raha seuraa potilasta -järjestelmä voisi hyödyntää vapaata kapasiteettia ja lisätä yksityisten yritysten välistä kilpailua. Espoon kaupungilla monikanavaisen rahoituksen nähtiin estävän myös julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä. Rahoituksen monikanavaisuus aiheuttaa hoitoketjun pirstoutumisen, kun raha tulee useista eri lähteistä. Järjestelmä ei kannusta tarkastelemaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa tai palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Esimerkiksi Ruotsin kokemusten perusteella raha seuraa potilasta -mallissa kannustimet ohjautuvat paremmin oikeisiin asioihin, ja rahoituksen määrän ja rakenteen hallinta helpottuvat.

Kilpailupolitiikassa ja toimivan kilpailun tarkastelussa yksi tärkeimmistä tekijöistä on mahdollisuus tulla ja poistua markkinoilta. Tämän empiirisen tutkimuksen perusteella yritysten kannustimia tulla markkinoille vähentävät suun terveystalouden runsas tarjonta pääkaupunkiseudulla ja toiminnan aloittamisen kustannukset. Suun terveydenhuollossa alalle tulon esteet vaihtelevat alueellisesti. Helsingissä ja Espoossa markkinoilla on jo nykyisellään paljon toimijoita, jonka lisäksi yksityisten hammashoitopalveluiden kysyntä on laskenut viime vuosina. Heikot tuotto-odotukset ja alan kasvaneet investointivaatimukset alentavat uusien yrittäjien kannusteita tulla markkinoille. Suomessa on toisaalta myös alueita, joissa yksityisen hammashoitoyrityksen tuotto-odotukset ovat hyvät. Toimialan yrityskoon kasvu on myös vaikeuttanut potentiaalisten kilpailijoiden alalle tuloa, koska isot yritykset pystyvät tuottamaan skaalaetujen johdosta samat palvelut edullisemmin. Lisäksi isot yritykset käyttävät paljon rahaa markkinointiin ja palveluiden kehittämiseen, mikä vahvistaa niiden markkina-asemaa. Nämä alalla olevien yritysten strategiset toimenpiteet lisäävät myös uusien alalle tulijoiden riskejä.

6.3 Kilpailun edistämisen mahdollisuudet

Julkinen sektori ei toimi enää erillään markkinoista, ja sen tulee hyödyntää toiminnassaan yhä enemmän yritysten välisen kilpailun hyötyjä. Julkisen talouden kestävyysvaje ja hyvinvointivaltion kasvavat kustannukset vaativat koko hyvinvointipalvelujärjestelmän rakenteiden uudistamista. Kilpailun edistäminen voi tuoda ratkaisuja julkisen talouden niukkenevien resurssien ongelmaan. Julkisen talouden haastava tilanne kannustaa kokeilemaan kilpailun lisäämistä myös terveydenhoidossa. Markkinamekanismin avulla niukat resurssit voidaan kohdentaa

mahdollisimman tehokkaasti. Lisäksi markkinamekanismia pidetään virkakoneistoa tehokkaampana uusien tehokkuutta parantavien innovaatioiden kehittämisessä (esim. Pöysti 2015).

Kilpailun toimivuuden edellytyksenä on, että asiakkaalla on valinnanvapaus eli mahdollisuus hylätä huonolaatuiset tai kalliit palvelut. Näin markkinat toimivat siten, että parhaimmat ja tehokkaimmat palveluntarjoajat säilyvät ja tehottomat poistuvat markkinoilta. Valinnanvapauteen perustuvan terveydenhuoltojärjestelmän rakentaminen mahdollistaisi palveluntuottajien välisen kilpailun laadulla ja hinnoilla. Potilaan valinnanvapauteen kytkeytyy tiukasti myös raha seuraa -potilasta toimintamalli. Tämän tutkimuksen perusteella kilpailu ei tällä hetkellä toimi parhaalla mahdollisella tavalla suun terveydenhuollon markkinoilla. Alalla on kilpailua, jonka tuomat mahdollisuudet tulisi hyödyntää entistä paremmin julkisessa palveluntuotannossa. Potilaan valinnanvapaus itsessään ei tuo automaattisia kustannussäästöjä, mutta se mahdollistaa toimijoiden tasapuolisten kilpailuolosuhteiden syntymisen ja siten kilpailuhyötyjen saavuttamisen.

Terveydenhuollon markkinat eroavat monelta osin tavallisista hyödykemarkkinoista. Kilpailun edistämistä terveyspalveluiden markkinoilla vaikeuttavat tiedon epäsymmetria potilaan ja lääkärin välillä, potilaiden rajallinen neuvotteluvoima, epätasa-arvo palvelun valinnassa sekä hoitohenkilökunnan käyttäytymisnormien sopimattomuus liiketoimintaan. Terveyspalvelujen markkinat tarvitsevat aina jonkin verran julkisen vallan sääntelyä, jotta palvelut voidaan taata kaikille kansalaisille. Vaikka kilpailun soveltuvuudesta terveyspalveluiden tuotantoon on erilaisia näkemyksiä, tämän tutkimuksen perusteella terveydenhuoltomarkkinoiden kilpailun edistäminen tuo mukanaan enemmän hyötyjä kuin haittoja. Lisäksi kilpailun hyödyntäminen suun terveyspalveluiden tuotannossa on suhteellisen helppoa verrattuna esimerkiksi vaativimpiin erikoissairaanhoidon palveluihin.

Suun terveydenhuollon toimialalla on suhteellisen paljon pieniä yrityksiä, mutta viime vuosina yrityskoko on kasvanut samalla kun ketjuuntuminen on yleistynyt. Etenkin Helsingissä markkinoilla on paljon tarjontaa, jonka vuoksi uudelle yrittäjälle potilaiden hankkiminen näyttää erityisen vaikeana. Markkinoille tulo voi olla edelleen kannattavaa esimerkiksi, jos hammaslääkärillä on valmiina oma asiakaskunta tai yrityksellä on kokonaan uusi toimintamalli, jonka avulla palvelua voidaan tarjota edullisemmin. Toimivan kilpailun kannalta markkinoille tulon esteitä tulisi pienentää. On mahdollista, että valmisteilla olevan valinnanvapauslainsäädännön myötä yksityisten hammashoitopalveluiden käyttäjämäärä lisääntyy. Tällöin myös alalla olevien

yritysten kilpailu lisääntynee ja erityisesti kuluttajien tarpeita vastaavat palvelut menestyvät markkinoilla. Potentiaalisten asiakkaiden määrän kasvu ja kilpailuneutraliteettikysymysten ratkaiseminen pienentävät merkittävästi uusien yritysten alalle tulon esteitä.

Valinnanvapauden lisääntyminen terveyspalveluissa edellyttää potilaiden riittävää tiedonsaantia terveyspalveluista, jotta niiden vertailu on mahdollista. Tutkimuksessa haastatellut asiantuntijat uskoivat, että palvelut kohdentuvat parhaiten silloin, kun potilas saa itse valita palveluntarjoajan. Ruotsin valinnanvapauteen perustuvassa järjestelmässä niille potilaille, jotka eivät halua tai voi aktiivisesti valita hoitopaikkaansa, osoitetaan yhteiskunnan toimesta kriteerit täyttävä hoitoyksikkö (Lag om valfrihetssystem 9.2§). Näin terveyspalvelujen valinnanvapaus voidaan järjestää siten, että kaikille taataan laatuvaatimukset täyttävä hoito.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä täysin luotettavia johtopäätöksiä kilpailun toimivuudesta suun terveydenhuollon markkinoilla. Empiirinen tutkimus tarvitsisi tuekseen laajempaa tilastoaineistoa markkinoiden toiminnasta ja kehitymisestä. Helsinki ja Espoo ovat Suomen suurimpia kaupunkeja, ja niiden olosuhteet eroavat merkittävästi muun Suomen tilanteesta. Tämän vuoksi tapaustutkimuksen kautta saadut havainnot eivät yleisesti toteudu läheskään koko Suomessa. Tällä pro gradu -tutkimuksella pyrittiin muodostamaan käsitys siitä, mitkä tekijät rajoittavat toimivaa kilpailua suun terveydenhuollon markkinoilla, ja miten toimialan kilpailua voidaan edistää. Muotoillut ongelmakohdat ja kehitysehdotukset ovat kuitenkin jossain laajuudessa relevantteja koko maan tasolla ja siten, kilpailun edistämisen lähtökohdat tulee ottaa huomioon kaikessa toiminnassa. Lähtökohtana kilpailun edistämisessä terveydenhuollon markkinoilla toimii kuitenkin se, millä ehdoilla terveyspalveluita, joihin liittyy erityisiä markkinoiden toimintaa rajoittavia piirteitä, voidaan tuottaa markkinoilla. Julkisen vallan sääntelyä ja vastuuta tarvitaan myös tulevaisuudessa, jotta kaikilla kansalaisilla on saatavilla yhdenmukaiset ja laadukkaat terveyspalvelut.

Suomen suun terveydenhuollon markkinoista tehty tutkimus koostuu pitkälti hammashoitouudistuksen jälkeen 2000-luvun alkupuolella, tehdyistä tutkimuksista. Tarve uudelle tutkimukselle suun terveydenhuollon toimialasta on siten olemassa. Tarvetta aihealueen jatkotutkimukselle tukee myös kaavailut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen kytkeytyvästä potilaan valinnanvapauden lisäämisestä, joka edellyttää toimivia markkinoita terveyspalveluissa. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, miten kilpailun toimivuutta voidaan edistää myös

pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Tutkimuksen haastatteluissa esiin nousi myös julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön haastavuus. Tätä teemaa olisi hyvä tutkia vielä tarkemmin ja selvittää esimerkiksi sitä, millä keinoilla yhteistyötä voidaan kehittää kilpailun edistämisen näkökulmasta.

LÄHDELUETTELO

- Ahonen, A, Vuorio, L & Tähtinen, T 2015. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus; Markkinoiden toimivuuden ja Taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015.
- Alkio, M & Wik, C. 2009. Kilpailuoikeus. Helsinki: Talentum.
- Andre, J. 1999. The Alleged incompatibility of business and medical ethics. HEC Forum, 11(4), 288–292.
- Anttiroiko, A-V & Haveri, A. 2009. Kuntajohtaminen: haasteena paikallisten kilpailu- ja yhteistyösuhteiden hallinta. Teoksessa Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) Governance - Uuden hallintatavan jäsentyminen. Tampere: Juvenes Print, 191–211.
- Arrow, Kenneth J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53 (5), 941–973.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992.
- Bain, J.S. 1956. Barriers to New Competition: Their Character and Consequences in Manufacturing Industries. Cambridge: Harvard University Press.
- Bain, J.S. 1964. Industrial Organization. Third edition. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Bhatta, G. 2006. International Dictionary of Public Management and Governance. New York: M. E. Sharpe, Armonk.
- Begg, D., Fischer, S. & Dornbusch, R. 2008. Economics. Ninth edition. London: McGraw-Hill.
- Bishop, S. & Walker, M. 2010. The Economics of EC Competition Law: Concepts, Application and Measurement. Third edition. London: Sweet & Maxwell.
- Bresnahan, T. & Reiss, P. 1991. Entry and Competition in Concentrated Markets. Journal of Political Economy, 99 (5), 977–1009.
- Collin P.H. 2001. Dictionary of Business. Fourth edition. London: Peter Colling Publishing.
- Devers K.J., Brewster L.R & Lawrence C.P. 2003. Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race? Health Services Research, 38 (2), 447–469.
- Dadi L., Hiilamo H. & Mikkola H. 2011. Yksityisten terveyst- ja hammashoitopalvelujen hintatietojen tarve ja käyttö. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 25/2011.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26488/Nettityopapereita25.pdf?sequence=1>
 28.4.2015
- Espoo TP 2014. Espoon tilinpäätös vuodelta 2014.

- Espoo 2015. Espoon kaupungin kotisivut; Tietoa Espoosta
http://www.espoo.fi/fi-FI/Espoon_kaupunki/Tietoa_Espoosta 12.11.2015
- Espoo KH 2015. Espoon kaupunginhallituksen pöytäkirja 26.10.2015.
- Glenngård, A.H., Anell, A. & Beckman, A. 2011. Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103 (1), 31–37.
- Gravelle H. & Rees R. 2004. *Microeconomics*. Third Edition. London: Prentice Hall.
- Hartman, S. 2011. Terveyspalvelut. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu, Toimialaraportti 10/2011. http://www.lpy.fi/files/kumppania/lpy_doc/Toimialaraportit-Terveyspalvelut_2010-2011.pdf 15.12.2014
- HE 149/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidtolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.
- HE 155/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
- HE 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidtolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
- HE 20/2009. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta
- Helminen S. 2003. Hammashoidon Kela-korvaukset laajenivat koko väestöön. *Hammashoitoon hakeutuminen odotetun innokasta*. Sosiaalivakuutus 2003 (4): 36–38.
- Helsingin Sanomat 2016. Helsingin terveysmaksujen korotus vielä viikoksi mietintään. *Helsingin Sanomat*, kaupunki 25.1.2016. <http://www.hs.fi/kaupunki/a1453697406732#> 29.1.2016
- Helsinki 2013. Sosiaaliviraston ja terveystieteiden palvelusetelikokeilujen väliraportti. <http://dev.hel.fi/paatokset/media/att/6e/6ef9de126fb05a60ea2d69e9c54d70a981b2d252.pdf> 12.11.2015
- Helsinki 2014. Helsingin kaupungin tarjouspyyntö HEL 2014-002411 H040-14
- Helsinki 2015a. Helsingin kaupungin kotisivut; Yleistietoa Helsingistä
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/tietoa-helsingista/yleistietoa-helsingista/> 12.11.2015
- Helsinki 2015b. Helsingin kaupungin kotisivut; Hammashoito.
<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=2721> 11.11.2015
- Helsinki 2015c. Helsingin kaupungin kotisivut; Suun terveydenhuollon palveluseteli
<http://www.hel.fi/www/sote/fi/palvelut/palveluseteli/suun-terveydenhuolto> 18.9.2015

- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Jones, A. & Sufrin, B. 2011. EC Competition Law – Text, Cases, and materials. Oxford: University Press.
- Kanniainen, V. 2001. Kilpailupolitiikan taloustiede. Teoksessa Kanniainen, V. & Määttä, K. (toim.) Taloustieteellinen näkökulma kilpailuoikeuteen. Helsinki: Kauppakaari, Lakimiesliiton kustannus.
- Keeler E.B., Melnick G. & Zwanziger J. 1999. The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics*, 18 (1), 69–86.
- Kilpailuvirasto 2001. Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Selvityksiä 1/2001. <http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2001/kivi-selvityksia-1-2001/markkinat-ja-kilpailu-kuntien-tuotantotoiminnassa.pdf> 30.11.2015.
- Koivusalo M. 2003. Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet. Teoksessa Ollila E., Ilva, M. & Koivusalo M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 22–34.
- Komulainen, M. 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Acta-väitöskirja. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kuluttajaliitto ry 2015. Selvitys yksityisten hammaslääkäripalveluja tuottavien yritysten hinnoista. http://www.kuluttajaliitto.fi/files/2526/Hammaslaakarit_2015_Kuluttajaliitto.pdf 4.1.2016
- Kuntalaki 410/2015.
- Kuoppamäki, P. 2012. Uusi Kilpailuoikeus. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laki om valfrietssystem 963/2008. (Laki valinnanvapausjärjestelmästä)
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.
- Laki julkisista hankinnoista 348/2007.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009.
- Langabeer, J.R. & Ozcan, Y.A 2009. The economics of cancer care: longitudinal changes in provider efficiency. *Health Care Management Science*, 12 (2), 192–200.
- Lassila, A. 2015. Isot erot hammashoidon hinnoissa. *Helsingin Sanomat* 10.11.2015, Talous 28-29.

- Le Grand, J. 2007. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton N.J: Princeton University Press.
- Linnosmaa, I. 1992. *Suomalaisten talletuspankkien kilpailuolosuhteet 1980-luvulla*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Markham, J.W. 1950. An Alternative Approach to the Concept of Workable Competition. *The American Economic Review*, 40 (3), 349–361.
- Mattila, Y. 2006. *Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat. ”Yhteisestä pohjasta eri poluille”*. Turku: Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos.
- Megaklinikka 2015. Megaklinikan kotisivut; Palvelut. <https://www.megaklinikka.fi/index.php?id=services> 26.11.2015.
- Mikkola, H., Widström, E. Jauhiainen, S. & Vesivalo, A. & 2005. Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa: toimialan kehitys, menestys ja haasteet. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70 (1), 15–27.
- Mikkola H, Vesivalo A, Jauhiainen S, Widström E. 2007 *An Outlook of Dental Practices - Drivers, Barriers and Scenarios*. Liiketaloudellinen aikakauskirja, 2007 (2), 167–192.
- Mikkola, H. 2009. Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa? Kunnallissalan kehittämissäätiö, Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Monti, G. 2007. *EC Competition Law*. New York: Cambridge University Press.
- Mönkäre, S. 2003. Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoksessa Ollila, E., Ilva, M, Koivusalo (toim.) *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 17–21.
- Nguyen, L. 2008. Dental service utilization, dental health production and equity in dental care. The Finnish experience. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Nihtilä, A. & Widström, E. 2005. Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70 (3), 323–333.
- Okko P., Björkroth, T., Koponen A., Lehtonen A. & Pelkonen E. 2007. *Terveyspalvelujen hierarkiat ja markkinat*. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Omsbry, M.J. 1998. The Provider/Purchaser Split: A Report from New Zealand. *Governance*, 11(3), 357–387.
- Oral 2015. Oral Hammaslääkärit Oyj:n nettisivut; Bonusta hammashoidosta S-Etukortilla. <http://www.oral.fi/Hammashoito-ja-palvelut/Hinnat1/Bonusta-hammashoidosta/> 8.11.2015

- Paasovaara K., Melin T., Tuominen-Thuesen M. & Juntunen, E. 2012. Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa: kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Helsinki: KL-Kustannus Oy.
- Pekkarinen, J. & Sutela, P. 2004. Avain kansantaloustieteeseen. Juva: WS Bookwell oy.
- Pihkala, A. 2003. Suomen Kuntaliiton näkökulmia kilpailuttamiseen. Teoksessa Ollila, E., Ilva, M, Koivusalo (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali ja terveystalouden näkökulmasta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 87–88.
- Porter, M.E. 1990. The Competitive Advantage of Nations. New York: A Division of Macmillan, Inc.
- Porter, M.E. 1998. Competitive advantage Creating and Sustaining Superior Performance: with a new introduction. New York: Free Press.
- Porter, M.E. & Olmsted Teisberg, E. 2004. Redefining competition in health care. Harvard business review, 82 (6), 65–76.
- Porter, M.E. & Olmsted Teisberg, E. 2006. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.
- Poutanen, R. & Widström, E. 2001. Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka, 66 (3), 248–255.
- Pöysti, T. 2015. Kilpailun ja kilpailullisen vertailuasetelman merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle. Virkatyönä laadittu taustamuistio Sosiaali- ja terveysministeriö / Valtiovarainministeriö. Muistio 26.10.2015.
- Sairasvakuutuslaki 1224/2004.
- Saxell, T. 2014. Terveystalouden palvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun. VATT policy brief, 2014 (4). http://www.vatt.fi/file/policybrief/vatt_policybrief_42014.pdf 13.3.2015.
- Scherer F.M, Ross, D. 1990. Industrial market structure and economic performance. Boston: Houghton Mifflin.
- Scherer F.M 1970. Industrial market structure and economic performance. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Shmueli, A., Stamb, P., Wasem, J. & Trottmann, M. 2015. Managed care in four managed competition OECD health systems. Health Policy, 119 (7), 860–873.
- Sintonen, H. & Linnosmaa, I. 2000. Economics of dental services. Teoksessa Culyer A.J. & Newhouse J.P. (toim.) Handbook of Health Economics, vol. 1A. Amsterdam: Elsevier. 1251–1296.
- STM 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö; Tarve terveydenhuollossa - kuka tai mikä määrittää? Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE).

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-528.pdf
3.3.2015

STM 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3204-3>
17.1.2015

STM 2013. Suun terveyttä koko väestölle 2013. Suun terveydenhuollon selvitysryhmän kehittämis ehdotukset.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-28026.pdf
21.4.2015

STM 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut nousevat vuoden 2016 alusta. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 185/2015.

Suomen Hammaslääkärilehti 2014. Sote-järjestämis laki lähti lausunnolle. 12.9.2014, Uutiset 14.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2014a. Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa 2014.
http://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/liiton_toiminta/terveyskeskusten_hammaslaakaritilanne_2014.pdf 22.4.2015.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2014b. Työmarkkinatutkimus 2014.
http://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/liiton_toiminta/tmt_2014.pdf
22.4.2015

Suomen Hammaslääkäriliitto 2015a. Työmarkkinatutkimus 2015.
http://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/liiton_toiminta/tmt2015_nettiin.pdf 9.11.2015.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2015b. Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa 2015.
http://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/kuvat/liiton_toiminta/tyovoimase_lvitys_2015_-_terveyskeskukset.pdf 10.12.2015

Suomen Hammaslääkäriliitto 2016. Palvelun hinnoittelu.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/mista-hoitoa#.VpELPxWLTIU> 9.1.2015.

Suomen perustuslaki 1999/731.

Suominen-Taipale L., Vehkalahti, M., Nordblad, A. & Aromaa A. 2004. Suomalaisten aikuisten suunterveys - Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16 / 2004. Helsinki: Hakapaino Oy.

Tampsi-Jarvala, T, Mikkola, H., Vesivalo, A. & Widström, E. 2007. Hintakilpailu ja hinnoittelupäätökset yksityisillä hammashoitomarkkinoilla. Teoksessa Klavus, J. (toim.) Terveystaloustiede 2007. Helsinki: Valopaino Oy. 14–18.

TEM 2009. Kilpailulaki 2010 -työryhmän mietintö. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Kilpailukyky 4/2009. <https://www.tem.fi/files/21617/TEM4.pdf> 30.11.2015.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326.

THL 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085346> 31.1.2016.

THL 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Raportti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 21/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085349> 24.11.2015.

THL 2012b. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, virallinen tilasto. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125860/Tr08_15_kokonaisraportti%20fisven.pdf?sequence=4 23.11.2015.

THL 2015. Tilastokatsaus 10/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/tilastoliite/hoitoonpaasy/perusterveydenhuolto/Tk10_2015.pdf 4.1.2016

Tilastokeskus 2015: Tietokantataulukot, Kuluttajahintaindeksi, Taulu 1: Kuluttajahintaindeksi 2010=100 ja Taulu 2: Kuluttajahintaindeksi 2005=100.

Toenjes, R.H. 2002. Toward understanding the ethics of business in the business of medical care. HEC Forum, 14 (2), 119–131.

Toimiala Online. <http://www2.toimialaonline.fi/>

TOL 2008,86230. Tilastokeskuksen toimialaluokitus; Hammaslääkäripalvelut.

Tuorila, H. 2015. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa. Kilpailu ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. <http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-3-2015-potilaan-valinnanvapaus-julkisessa-terveydenhuollossa-osa-1.pdf> 3.12.2015

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma – Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Valtioneuvosto 2013. Rakennepoliittinen ohjelma talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1043920/rakennepoliittinen-ohjelma.pdf/80a7dcb0-98f0-4853-974f-1d25f4be5f3a> 8.12.2015

Valtioneuvoston tiedote 591/2015. Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616 8.12.2015

Valtonen, H., Kankaanpää, E. & Linnosmaa, I. 2010. Kenneth Arrow ja terveydenhuollon erityispiirteet. Teoksessa Ashorn, U., Henriksson, L., Lehto, J. & Nieminen, P. (toim.) Yhteiskunta ja terveys – Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: University Press.

- Van Cayseele, P. & Van den Bergh, R. 2000. Antitrust Law. Teoksessa Bouckaert, B. & De Geest, G. (toim.) 467–497. <http://encyclo.findlaw.com/tablebib.html> 25.11.2015.
- Van de Ven, W.P. & Schut, F.T. 2008. Universal Mandatory Health Insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Affairs*, 27 (3), 771–781.
- Virtanen, M. 1998. Market Dominance related Competition Policy: An Eclectic Theory and Analyses of Policy Evolution. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, sarja A-1:1998. Turku: Kirjapaino Grafia Oy.
- Virtanen, M. 2001. Uusi Allianssikapitalismi ja kilpailupolitiikka. Teoksessa Kanninen, V. ja Määttä, K. (toim.) *Taloustieteellinen näkökulma kilpailuoikeuteen*. Helsinki: Kauppakaari, Lakimiesliiton kustannus.
- Whish, R. 2009. *Competition Law*. New York: Oxford University Press.
- Widström, E. & Nihtilä, A. 2004. Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69 (4), 393–400.
- Widström, E. & Mikkola, H. 2008. Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Stakes, Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. http://www.kela.fi/documents/10180/994031/Tutkijapuheenvuoroja_Widstrom-Mikkola.pdf/34f105fc-4e31-4b8b-be13-9f91cc32b74d 28.1.2015
- Widström, E., Väisänen, A. & Mikkola, H. 2011. Pricing and competition in the private dental market in Finland. *Community Dental Health*, 28 (2), 123–127.
- Widström, E. & Seppälä, T.T. 2014. Aikuisten hammashoito vaatii uudenlaista otetta. *Helsingin Sanomat*, 4.1.2014, Vieraskynä.
- Willberg, M. & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36. <http://urn.fi/URN:NBN:978-952-00-2387-4> 31.1.2016.
- Yin, R.K. 2003. *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage

Haastattelut

- Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon hallinnon edustajan haastattelu 25.9.2015
- Helsingin kaupungissa toimivan yksityisen hammaslääkäriyrittäjän haastattelu 19.8.2015
- Espoon kaupungin suun terveydenhuollon hallinnon edustajan haastattelu 9.4.2015
- Espoon kaupungissa toimivan yksityisen hammaslääkäriyrittäjän haastattelu 23.6.2015
- Valtakunnallisesti toimivan hammaslääkäriyrittäjän edustajan haastattelu 29.9.2015

LIITTEET

Liite 1: Teemahaastattelun runko

Helsingin ja Espoon kaupungeille esitetyt kysymykset:

Suun terveydenhuollon kilpailutilanne ja markkinaolosuhteet

- Miten kuvailisitte kilpailutilannetta suun terveydenhuollon palveluissa?
- Työvoiman saatavuus
- Yksityisten yritysten merkitys Espoossa/Helsingissä suun terveydenhuollossa

Markkinarakenteesta:

- Alalle tulon esteet
- Huomioiko kaupunki toiminnassaan markkinoiden toimivuuden päätöksenteossa
- Sopimuskustannusten merkitys

Markkinakäyttäytymisestä:

- Palvelujen hinnoittelu
- Yhteistyö julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä
- Mahdollisuudet kehittää toimintaa (innovaatiot, palvelutarjonnan laajentaminen, panostus laadunhallinto-prosesseihin)

Suorituskyvystä:

- Mikä estää/mahdollistaa tehokkaan toiminnan
- Hoitotakuun toteutuminen
- Toimialan tulevaisuus

Yksityisille suun terveydenhuollon yrityksille esitetyt kysymykset:

Suun terveydenhuollon kilpailutilanne ja markkinaolosuhteet

- Miten kuvailisitte kilpailutilannetta suun terveydenhuollon palveluissa?
- Kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen markkinoilla

- Työvoiman saatavuus
- Hintajousto: Hintojen nostaminen vaikuttaa laskevasti kysyntään?
- Valinnanvapausuudistukset: tuleeko yhteiskunnan lisätä potilaiden valinnanvapautta hoitopaikan suhteen.
- Kilpailuvalvonnan ja sääntelyn onnistuminen
- Millä tavoin kilpailua voisi edistää suun terveydenhuollon markkinoilla?

Markkinarakenteesta:

- Tuotedifferointi: pyritäänkö palvelun laadulla tai muilla ominaisuuksilla erottumaan kilpailijoista?
- Uusien toimijoiden markkinoille tulo
- Onko markkinoille tulolle sellaisia esteitä, joita pystytte mainitsemaan? Esim. pääomakustannukset, maantieteelliset etäisyydet, julkinen sääntely
- Sopimuskustannusten merkitys kun tehdään yhteistyössä julkisen sektorin kanssa?

Markkinakäyttäytymisestä:

- Hinnoittelu
- Mainonnan tarve ja merkitys
- Mahdollisuudet kehittää toimintaa
- Kilpailulliset toimenpiteet: esimerkiksi hinnan, laadun tai saatavuuden suhteen

Suorituskyvystä:

- Onko toimialalla joitain tekijöitä, jotka estävät/mahdollistavat tehokkaan toiminnan?
- Toiminnan kannattavuus
- Yrityksen menestysmahdollisuudet tulevaisuudessa